

Pakkanen Jutta, Tossavainen Laura

**SAIRAANHOITAJIEN KÄYTTÄMÄT HOITOTYÖN TOIMINNOT PAINELAAVAN VARHAISESSA TUNNISTAMISESSA JA ENNALTAEHKÄISEMISSÄ**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali- ja terveysala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Pakkanen Jutta, Tossavainen Laura	
Työn nimi Sairaanhoitajien käyttämät hoitotyön toiminnot painehaavan varhaisessa tunnistamisessa ja ennaltaehkäisemisessä	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Sisätautien hoitotyö	Ohjaaja(t) Korhonen Arja, Neuvonen Virpi  Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Aika 11.11.2013	Sivumäärä ja liitteet 44 + 8
<p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien painehaavaosaamista, jota haavahoitajat voivat hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaisesta tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa kehitysehdotuksia hoitotyön toiminnoista painehaavariskin varhaiseen tunnistamiseen ja painehaavan ennaltaehkäisemiseen.</p> <p>Opinnäytetyömme oli kvantitatiivinen kyselytutkimus, jonka aineisto kerättiin toukokuussa 2013 Kainuun keskussairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastojen, teho-osaston ja nopean diagnostiikan yksikön sairaanhoitajilta. Kyselylomake koostui strukturoiduista kysymyksistä ja väittämistä. Kyselyyn vastasi 83 sairaanhoitajaa, jolloin vastausprosentiksi muodostui 59 %:a. Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 -ohjelmalla. Tulokset esitettiin kuvailevia tilastotieteen menetelmiä käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajat tunnistavat riskialttiin potilaan, mutta potilaan painehaavariskiä ei juuri kirjata hoitosuunnitelmaan. Painehaavariskimittari koetaan helppokäyttöiseksi apuvälineeksi, vaikka sitä oli käytetty vähän. Riskiarviointi perustuu havainnoimiseen ja työkokemukseen. Painehaavalle altistavat tekijät ja alttiit ihoalueet tiedetään hyvin. Potilaan ihon kuntoa tutkitaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä säännöllisesti ja havaitut ihon kunnon muutokset kirjataan. Säännöllisen ja tehostetun asentohoidon merkitys tiedostetaan. Potilaalle valitut painetta keventävät apuvälineet ja asentohoito sekä ravinnonsaannin seuranta kirjataan. Potilaan ohjaaminen painehaavan ennaltaehkäisemisessä on yleisempää kuin omaisen. Kiinnostusta oman ammattitaidon kehittämiseen painehaavan ennaltaehkäisemisessä on.</p> <p>Painehaavan varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisemisen vahvistamiseksi tarvitaan koulutusta ja tietoa, joka lisää ymmärrystä painehaavan syntymekanismista ja riskitekijöistä. Riskiluokitusmittarin käyttöönottoaminen yhentää työyksiköiden toimintatapoja ja helpottaa painehaavariskipotilaan tunnistamista. Painetta keventävien apuvälineitä ja erikoispatjoja tulee käyttää tarkoituksenmukaisesti sekä painehaavan varhaisessa tunnistamisessa että ennaltaehkäisemisessä.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Painehaava, varhainen tunnistaminen, ennaltaehkäiseminen, hoitotyön toiminnot
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Pakkanen Jutta, Tossavainen Laura	
Title Interventions Used by Nurses in the Early Recognition and Prevention of Pressure Ulcers	
Optional Professional Studies Medicine Nursing	Instructor(s) Korhonen Arja, Neuvonen Virpi
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date 11.11.2013	Total Number of Pages and Appendices 44 + 8
<p>This thesis studies and charts the interventions used by nurses in the early recognition of the risk of developing pressure ulcers and the prevention of pressure ulcers. The aim of the thesis was to chart nurses' knowledge of pressure ulcers which could be utilized by certified wound care specialists for improving the early recognition of the risk for developing pressure ulcers and the prevention of pressure ulcers. The secondary aim was to present proposals for developing recognition of the risk of developing pressure ulcers and the prevention of pressure ulcers.</p> <p>The material for this quantitative thesis was collected among nurses working at the medical and surgical wards, intensive care and rapid diagnostics unit in Kainuu Central Hospital in May 2013. The questionnaire consisted of structured questions and statements. The questionnaire was answered by 83 nurses, which means that the response rate was 59. The material was analyzed by the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0. The results were illustrated by using descriptive methods of statistics.</p> <p>According to the results, nurses recognized high-risk patients but the risk for developing pressure ulcers was not documented in nursing care plans. The Pressure Ulcer Risk Assessment Scale was experienced to be a user-friendly tool even though its use was minimal. Risk evaluation was based on observation and work experience. Factors contributing to pressure ulcers and disposed skin areas were known well. The condition of patients' skin was examined regularly in connection with other interventions, and observed changes in skin condition were documented. The significance of regular and intensified turning was recognized. Turning and monitoring patients' nutrition, which were selected interventions to lighten the pressure against patients, were documented. Counselling patients on pressure ulcer prevention was more common than counselling close relatives. Nurses were interested in developing their professional competence concerning the prevention of pressure ulcers. To enhance the early recognition and prevention of pressure ulcers information and education are needed to increase knowledge and understanding of risk factors and processes contributing to pressure ulcers. Using the Pressure Ulcer Risk Assessment Scale standardizes interventions used in different working units and makes recognition of high-risk pressure ulcer patients easier. The use of tools lightening the pressure against patients and special mattresses has to be appropriate in the early recognition and prevention of pressure ulcers.</p>	
Language of Thesis      Finnish	
Keywords	Pressure ulcer, early recognition, prevention, interventions
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## ALKUSANAT

Haluamme kiittää opinnäytetyömme ohjaajia auktorisoitua/maakunnallista haavahoitajaa Arja Korhosta ja TtM Virpi Neuvosta. Lisäksi kiitämme opinnäytetyöprosessiin osallistuneita Kajaanin ammattikorkeakoulun opettajia. Erityisesti kiitämme kyselyyn osallistuneita Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajia.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 PAINEHAAVA	3
2.1 Painehaavan syntymekanismit	3
2.1.1 Kitka, kudosten venyminen ja ihon kosteus	4
2.1.2 Potilaaseen liittyvät painehaavalle altistavat tekijät	5
3 PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMINEN	7
3.1 Painehaavaluokitus painehaavan diagnosoinnin tukena	7
3.2 Riskipotilaan tunnistaminen riskimittarin avulla	9
3.3 Hoitotyön toiminnot painehaavan ennaltaehkäisemisessä	10
3.4 Hoitohenkilökunnan vastuu painehaavan varhaisesta tunnistamisesta ja ennaltaehkäisemisestä	11
4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
5 MÄÄRÄLLINEN OPINNÄYTETYÖ	15
5.1 Aineiston keruu	15
5.2 Kyselylomakkeen laadinta	16
5.3 Aineiston käsittely	17
6 TULOKSET	19
7 POHDINTA	29
7.1 Tulosten tarkastelu	29
7.2 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	34
7.3 Eettisyys ja luotettavuus	36
7.4 Yleinen pohdinta ja ammatillinen kasvu	39
LÄHTEET	41
JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET LIITTEET	44

## 1 JOHDANTO

Painehaava on kudoksen vaurio, joka voidaan ennaltaehkäistä (Soppi 2010, 261). Painehaavan ennaltaehkäiseminen on avain säästöihin hoitotyössä, ei hoitaminen (Dyer 2000, 30). Painehaavan hoitaminen on kallista, aikaa vievää ja se lisää hoitohenkilökunnan työtaakkaa (Moore & Price 2004, 948; Soppi 2010). Potilaalle painehaava aiheuttaa kipua, lisää alttiutta saada infektioita ja voi johtaa jopa kuolemaan (Soppi 2010). Painehaava heikentää potilaan elämänlaatua vaikuttaen psyykkiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin (Spilsbury, Nelson, Cullum, Iglesias, Nixon & Mason 2007, 502).

Suomessa todetaan noin 50 000 painehaavaa vuodessa ja määrän arvioidaan lisääntyvän vuosittain yhdellä prosenttiyksiköllä, joka on samaa luokkaa kuin kansainvälinen taso. Painehaavat aiheuttavat vuosittain arviolta 300 - 400 miljoonan euron kustannukset Suomessa. (Soppi, Iivanainen & Korhonen n.d.) Vastaava painehaavojen esiintyminen on suhteutettavissa Kainuuseen. Opinnäytetyömme tarve syntyi Kainuun keskussairaalan haavahoitajien tekemistä havainnoista, joissa painehaavojen esiintyvyys oli lisääntynyt vuodeosastoilla.

Kainuun keskussairaalan haavahoitajat halusivat selvitystä sairaanhoitajien painehaavaosaamisesta, jotta he voivat kehittää painehaavariskin varhaista tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Tässä opinnäytetyössä painehaavaosaamisella tarkoitetaan painehaavapotilaan hoitotyötä. Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Tavoitteena oli tuottaa lisäksi kehitysehdotuksia hoitotyön toiminnoista painehaavariskin varhaiseen tunnistamiseen ja painehaavan ennaltaehkäisemiseen.

Opinnäytetyö kehitti asiantuntijuuttamme painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Verkostoiduimme opinnäytetyöprosessin aikana työelämään. Teimme opinnäytetyömme sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on toteuttaa ja kehittää hoitotyötä terveyttä edistäen ja ylläpitäen, sairauksia ehkäisten ja parantaen sekä kuntouttaen. Hän noudattaa työssään hoitotyön arvoja, eettisiä periaatteita, säädöksiä ja ohjeita. Ammatissa toimimisen edellytyksenä on vahva eettinen ja ammatillinen päätöksenteko-osaaminen. Sairanhoitaja on vastuussa oman ammattitaitonsa sekä näyttöön perustuvan hoitotyön laadun kehittämisestä, sillä hänen työnsä perustuu hoitotieteeseen. (Opetusministeriö 2006, 63.)

## 2 PAINEHAAVA

Painehaava tarkoittaa paikallista ihon tai sen alla olevan kudoksen vauriota. Painehaava syntyy tavallisesti luisen ulokkeen kohdalle, paineen tai paineen ja ihon venytyksen aiheuttamana. (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] ja National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] 2009.) Tyypillisesti paine haava muodostuu ristiluun, istuinkyhmyjen, lonkki- en, kantapäiden, lapaluiden, kyynärpäiden tai takaraivon alueelle (Iivanainen 2007, 11). Paine haavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ja niiden merkityksiä ei ole vielä pystytty täysin selvittämään (EPUAP ja NPUAP 2009).

### 2.1 Paine haavan syntymekanismit

Ihmisen ja tietyn pinnan välisessä vuorovaikutuksessa, pinta kohdistaa kehoon voiman. Kahden kappaleen välinen vuorovaikutus aiheuttaa kappaleisiin yhtä suuret, mutta vastakkaissuuntaiset voimat Newtonin kolmannen lain mukaan. Ihmisen kehoon ja pinnan välinen vuorovaikutus ilmoitetaan paineena eli voimana sitä alustan pinta-alaa kohti, joka on ihmisen kehoon kosketuksissa. Tietty voima pientä pinta-alaa kohden aiheuttaa suuremman paineen kuin sama voima suurempaa pinta-alaa kohden. (Kärki, Lehto & Lekkala 2006, 671 - 672.)

Merkittävimpänä paine haavan aiheuttajana on pidetty alustan ja luu-ulokkeen välistä koh- tisuoraa painetta. Usein paine haavat aiheutuvat pitkäkestoisesta paine altistuksesta. (Soppi 2010, 264.) Hietasen & Juutilaisen (2012, 302) mukaan paineen keston lisäksi oleellista on paineen suuruus, koska kudokset kestävät paremmin lyhytkestoista korkeapainetta kuin jat- kuvaa pitkään kestävää matalaa painetta.

Kapillaarien on uskottu painuvan kokoon kun ihoon ja ihonalaisiin kudoksiin kohdistuva paine ylittää kriittisen rajan. Sen seurauksena kapillaariverenkierto estyy ja kudosten hapen- saanti heikentyy, aiheuttaen kudoksen nekroosin. (Lowthian 2005.) Theaker (2003, 164) korostaa kudoksen vaurion syntymekanismin johtuvan ilmeisesti paineesta, joka syntyy potilaan painosta tukipintaa vasten. Paine aiheuttaa kudoksen painumisen luista uloketta kohti ja johtaa kapil- laariverenkierron huononemiseen. Landis (1929 - 1931, 227) piti jo varhain kapillaarien sul- keutumispaineen kriittisenä rajana 32 mmHg:n painetta. Useiden kokeellisten ja kliinisten havaintojen perusteella 24 tunnin kuluessa 75 mmHg:n paine ei vielä aiheuta kudoksen nekroo-

sia. Puolestaan 300 mmHg:n paine aiheuttaa kudonekroosin kuudessa tunnissa. (Soppi 2010, 264.) Hietasen & Juutilaisen (2012, 303) mukaan kudosvaurion synnyssä pitkittynyt hapenpuute (iskemia) on ratkaisevassa asemassa. Kriittinen aikaraja kudosvaurion syntyyn vaihtelee 30 minuutista noin neljään tuntiin. On syytä huomioda ettei paineelle voi asettaa tiettyä raja-arvoa, koska paineensieto vaihtelee yksilöittäin (Kärki ym. 2006, 672).

### 2.1.1 Kitka, kudosten venyminen ja ihon kosteus

Kehoa liikuttaessa sivusuuntaan kontaktipintana olevan patjan tai istuinalustan pinnan tasolla ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuu tangentialisia voimia. Tangentiaaliset voimat ovat sitä suuremmat mitä suurempi kitka ihon ja kontaktipinnan välille muodostuu siirtämisen aiheuttamasta liikkeestä. (Hietanen & Juutilainen 2012, 303.) Ihon repeytyminen on vaakasuoran voiman kohtisuoraa painetta ja se johtuu yleensä kitkan ja liikkeen yhdistelmästä (Theaker 2003, 164). Baranoski (2001, 28) muistuttaa, että iho voi repeytyä jo tavanomaisissa toiminnoissa, kuten kääntämisen, nostamisen tai haavasidoksen poistamisen yhteydessä.

Tangentiaalisilla voimilla on merkitystä painehaavojen syntymisessä. Ne aiheuttavat hankautumista ja rikkoontumista ihon pintakerroksissa kitkan vaikutuksesta sekä syvissä kudoksissa venymistä ja verenkiertohäiriöitä. Tämän vuoksi kudosvaurio on pahempi kuin kohtisuoran paineen aiheuttama. Ihon pintakerrokset kestävät pitkittynyttä paineen nousua paremmin kuin syvällä oleva lihaskudos. (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2005, 187.) Soppi (2010, 264) kuvaa kudoskerrosten toiminnan heikkenemistä kudosten ollessa puristuksissa. Sen seurauksena kudosten välinen ohut nestekerros menettää toimintakykynsä ja kudokset liimautuvat toisiinsa, jolloin venyttävät voimat lisääntyvät. Venytyksen seurauksena kudoksen normaali rakenne alkaa hajota.

Ihon kosteus aiheuttaa kitkaa, jonka seurauksena tangentiaaliset voimat kasvavat ja ihoa vaurioittava vaikutus lisääntyy. Pitkittynyt kosteus iholla johtaa venymiseen, joka puolestaan altistaa infektiolle ja haavaumille heikentämällä ihoa suojaavaa pintarakennetta. (Hietanen & Juutilainen 2012, 303.)



### 2.1.2 Potilaaseen liittyvät painehaavalle altistavat tekijät

Painehaavan syntyyn vaikuttavat lukuisat ulkoisten ja sisäisten riskitekijöiden yhteisvaikutukset (EPUAP n.d., 1). Mekaaninen kuormitus ja kudosten venyminen luokitellaan ulkoisiksi riskitekijöiksi. Potilaan painehaavan syntyyn vaikuttavia sisäisiä tekijöitä on useita, niistä yleisimpiä ovat potilaan heikko terveydentila, liikuntakyvyttömyys, alentunut tajunnantaso, paino, vajaaravitsemus ja virtsanpidätyskyvyttömyys (inkontinenssi). Sisäisiä tekijöitä ovat tekijät, jotka liittyvät yksilön terveyteen ja pahentavat ulkoisten tekijöiden vaikutuksia. (Theaker 2003, 164.)

Liikkumattomuus, joka voi johtua akuutista vammasta tai sairaudesta, on merkittävä painehaavalle altistava tekijä. Myös tuntehäiriöt voivat johtaa liikkumattomuuteen. Sairauteen liittyvän suojatunnon puutteen vuoksi potilas ei koe tarvetta asennon vaihtamiseen, vaikka pitkittynyt kudospaine aiheuttaa kipua kudoksessa vallitsevan hapenpuutteen vuoksi. Lisäksi ikääntyminen ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttäminen voivat johtaa liikkumattomuuteen. (Hietanen & Juutilainen 2012, 304.) Aktiivisuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi on nimetty psyykkinen tilanne, rauhoittavien lääkkeiden vaikutus, kipu ja neurologiset ongelmat sekä tuki- ja liikuntaelinvammat, jotka kaikki vaikuttavat alentavasti potilaan liikuntakykyyn ja lisäävät painehaavariskiä. (Levine, Simpson & McDonald 1989, Heikkinen 1999, 12 mukaan.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010, 180) on nimennyt yhdeksi painehaavan syntymisen riskitekijäksi liikuntarajoitteisuuden liikkumattomuuden ohella.

Korkea ikä on painehaavalle altistava tekijä (EPUAP ja NPUAP 2009). Ihmisen vanhetessa iho ohenee, muuttuu vähemmän elastiseksi ja hauraammaksi. Ikääntymisen vuoksi iho ja ihonalaiskudokset vaurioituvat helpommin. (Hietanen & Juutilainen 2012, 304.) Painehaavoja ei esiinny pelkästään vanhuksilla vaan niitä on myös lapsilla, erityisesti vaikeasti sairailta tehohoitopotilailla. Ikään katsomatta kaikki tehohoitopotilaat, jotka ovat vähintään vuorokauden mittaisella hoitotaksalla, omaavat riskin saada painehaava. (Soppi 2012, 140.)

Tupakointi aiheuttaa paljon verenkiertoelimistöön eri mekanismein välittyviä vaikutuksia (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 116). Tupakointi heikentää kudoshapetusta verisuonia supistamalla, jolloin kudoksen verenkierto heikkenee. Happi syrjäytyy hemoglobiinista ja soluhengitys salpautuu elimistössä tupakan myrkyllisten aineiden vuoksi. (Hietanen & Juutilainen 2012, 40.) Mäkijärvi ym. (2011, 116) täsmentävät, tupakan savussa piilevä häkä imeytyy punasoluun ja heikentää sen kykyä kuljettaa happea kudoksiin.

Tupakan sisältämä nikotiini aiheuttaa kapillaariverisuonten supistumista imeytyessään verenkiertoon. Kapillaariverisuonten supistuessa verenkierto vähenee iholla jopa 40 %:a, vaikutus kestää noin 90 minuuttia tupakoinnin jälkeen. (Hietanen & Juutilainen 2012, 41). Nikotiini ja häkä lisäävät verihiutaleiden takertumista toisiinsa ja heikentävät verisuonten sisäkalvon toimintaa (endoteeliä), jolloin veritulppa voi muodostua vaurioituneeseen valtimoon (Mäkijärvi ym. 2011, 116).

Hyvä ravitsemustila on terveyden ja hyvinvoinnin edellytys, joka ylläpitää terveyttä, parantaa elämänlaatua ja ehkäisee kansansairauksia. Hyvä ravitsemus ennaltaehkäisee vajaaravitsemusta ja tuo kustannussäästöjä. Hyvä ravitsemustila yhdessä riittävän ravinnon ja nesteen saannin kanssa ehkäisee painehaavan kehittymistä ja edistää paranemista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010, 16, 179.) Hyvä ravitsemustila koostuu elimistön tärkeimpien ravintoaineiden proteiinien, hiilihydraattien, välttämättömien rasvahappojen sekä vitamiinien että hivenaineiden saannista (Hietanen & Juutilainen 2012, 42 - 44).

”Vajaaravitsemus tarkoittaa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta, ylimäärää tai epäsuhtaa niiden tarpeeseen nähden, mistä aiheutuu haitallisia muutoksia kehon kokoon, koostumukseen, toimintakykyyn tai hoitotulokseen.” (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24). Vajaaravitsemukselle voi altistaa sairaus tai sen hoitaminen. Vajaaravitsemus on infektioille ja painehaavoille altistava tekijä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.) Vajaaravitsemusta ei tavata ainoastaan laihoilla potilailla, sillä ylipainoinenkin potilas voi olla vajaaravitsemustilassa esimerkiksi yksipuolisen ruokavalion tai toistuvien tiukkojen laihdutuskuurien seurauksena (Jäntti 2006, 24).

EPUAP:n (n.d.) mukaan ravitsemuksen ja painehaavojen välillä oletetaan olevan syy-yhteys, jota ei ole vielä tieteellisesti pystytty todistamaan. Huonon ravitsemustilan ja painehaavan yhteyttä ei ole näyttöön perustuvissa tutkimuksissa kyetty osoittamaan. Siitä huolimatta huono ravitsemustilaa pidetään merkittävänä riskitekijänä painehaavan syntymisessä, koska se saattaa lisätä kudosten alttiutta esimerkiksi paineen vaikutuksille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010, 24) tuo esiin vajaaravitsemuksen heikentävän vaikutuksen potilaan elämänlaatuun, toimintakykyyn ja sairaudesta toipumiseen. Terveydenhuollon ja kustannusten näkökulmasta potilaan tilan heikentyminen vajaaravitsemuksen vuoksi lisää hoitoisuutta ja kasvattaa työmäärää. Tämä johtaa hoitoajan pitenemiseen, hoitokustannusten ja ennenaikaisen kuolleisuuden lisääntymiseen. Vajaaravitsemukselle alttiita ikäryhmiä ovat niin lapset kuin vanhukset. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24 - 26.)

### 3 PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMINEN

Painehaavan tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ovat osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä (Heikkinen 1999, 18). Laadukas hoitotyö suo edellytykset painehaavan tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja havaitsemiseen (Iivanainen 2007, 8). Painehaavan ennaltaehkäisy on osa potilaan hoitoketjun jokaista vaihetta. Potilaan painehaavariskin kartoittaminen on suositeltavaa tehdä heti sairaalaan joutumisen jälkeen tai potilaan tilan muuttuessa oleellisesti. (Soppi 2010, 267.) Heikkisen (1999, 18) sanoin ”erilaiset luokitukset ja pisteytysjärjestelmät antavat hoitotyölle apuvälineen tunnistaa riskipotilaat ajoissa”.

#### 3.1 Painehaavaluokitus painehaavan diagnosoinnin tukena

Painehaavan diagnosointi on osa painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Painehaavan diagnosoinnin tueksi EPUAP ja NPUAP ovat kehittäneet yhteisen kansainvälisen määritelmän ja luokittelujärjestelmän painehaavoille. Luokitteluasteikko käsittää painehaavojen syvyyssluokituksen, joka sisältää syvyyssluokat I-IV sekä lisäluokat luokittelemattomista painehaavoista että kosteusvauriosta. (EPUAP, NPUAP 2009.)

##### I aste: Vaalenematon punoitus

Ehjän ihon vaalenematon punoitus (eryteema), joka esiintyy yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Ihoalue voi olla kivulias, kiinteä, pehmeä tai ympäröivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi. Punoittavaa aluetta ei tule hieroa. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

##### II aste: Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan eli dermiksien osittainen vaurio, joka ilmenee kiiltävänä, kuivana tai pinnallisena avoimena haavana. Haavanpohja on punainen tai vaaleanpunainen, ei haavakatetta tai mustelmaa, joka on merkki syvempien kudosten vauriosta. Voi ilmetä myös ehjänä tai rikkoutuneena, kudosten nesteen tai verensekaisen nesteen täyttämänä rakkulana. Teipin aiheuttamat iho-rikot, ihon repeämät, inkontinenssiin liittyvä dermatiitti (ihotulehdus), maseraatio (vettyminen, ihon pehmeneminen) tai ekskoriaatio (ihon pinnallinen vaurio, jossa verinahka on paljastunut) eivät ole toisen asteen painehaavoja. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

### III aste: Koko ihon vaurio

Kudosvaurio, joka on läpäissyt koko ihon. Subkutaaninen eli ihonalainen rasva voi olla näkyvissä, mutta jänne, lihas ja luu eivät ole paljaana tai palpoitavissa (tunnusteltavissa käsin). Haava voi olla katteinen tai nekroottinen, mutta se ei estä havaitsemasta haavan syvyyttä, joka vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Haavassa saattaa olla onkaloita tai taskumaisia kohtia. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

### IV aste: Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio ulottuu luuhun, jänteeeseen ja lihakseen, jotka ovat paljaana. Haava voi olla katteinen tai nekroottinen ja siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee anatomisen sijainnin mukaan. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

### Luokittelematon: Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon

Koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio, joka on katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyys voidaan määrittää katteen ja nekroosin poistamisen jälkeen. Kudosvaurio on joko III tai IV asteen painehaava. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

### Luokittelematon: Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon

Purppuranvärinen tai punaruskea paikallinen alue joko haalentuneella, ehjällä iholla tai veren täyttämällä rakkulalla, joka on seurausta alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venyttymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehitystä edeltävästi kudos voi olla kivulias, kiinteä, kimmoisuutensa menettänyt ja lämpimämpi tai viileämpi kuin terve kudos vieressä. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa ja paljastaa alla olevia kudosterroksia hyvästä hoidosta huolimatta. (EPUAP, NPUAP 2009; Painehaavahelpperi 2011.)

### Kosteusvaurio:

Ihon ollessa kiiltävä, hautunut, punoittava tai siinä on ihorikkoja, jotka eivät ole nekroottisia on kyseessä kosteusvaurio eli kostea leesio. Kosteusvauriosta tulleen haavan reunat ovat epä säännölliset. Yleensä syvällä pakaravaossa tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio, joka ei ole paine-

haava sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle. (Painehaavahelpperi 2011.)

### 3.2 Riskipotilaan tunnistaminen riskimittarin avulla

Painehaavariskin arviointiin on kehitetty useita riskimittareita, joiden avulla tunnistetaan painehaavalle altistavia tekijöitä (Hietanen & Juutilainen 2012, 312). Painehaavariskin arvioinnin tarkoituksena on löytää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevat potilaat. Riskimittari on validoitu numeerinen työkalu, jonka avulla hoitohenkilökunta voi pisteyttää potilaan ominaisuuksia ja painehaavalle altistavia tekijöitä, joilla on merkitystä painehaavan kehittymiseen. (Soppi 2010, 261.) Hoitotyössä potilaan painehaavariskin välitön arviointi on keskeistä potilaan jouduttua hoitoon. Potilaan kliinisen arvioinnin tulee olla osa painehaavariskin arviointia yhdessä validoidun riskimittarin kanssa. (Soppi 2012, 2; Ahtiala 2011, 146.)

Tunnetuimpia painehaavojen riskiluokitusmittareita ovat Nortonin, Bradenin ja Waterlowin asteikot. Nortonin asteikon pohjalta on kehitetty Jackson-Cubbin riskiluokitusmittari tehohoito potilaille. (Hokkanen 2000, 13, 15.) Uusin validoitu riskimittari Shape Risk Scale (SRS) on kehitetty Suomessa. SRS on noussut käytetyimmän ja parhaiten sairaalapotilaille validoidun mittarin Bradenin rinnalle. (Soppi n.d., 1.)

Bradenin ja Bergströmin kehittämä Bradenin riskiluokitusmittari koostuu kuudesta osatekiestä, joita ovat tuntoaisti, kosteus, liikkuvuus, aktiivisuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Painehaavariskin pistemäärä voi olla välillä 6 - 23 pistettä. Mitä pienimmät riskipisteet potilas saa, sitä suurempi hänen painehaavariskinsä on. (Hietanen & Juutilainen 2012, 313.)

Shape Risk Scale -mittarin kehityksen taustalla on ollut ajatus yksinkertaisesta vuoteenvierustyökalusta, jonka käyttäminen ei edellytä hoitohenkilökunnalta ylimääräisiä kirjauksia tai eristystoimenpiteitä. SRS -mittari koostuu neljästä perusarviointiperusteesta, joita ovat tajunnantaso ja tuntoaisti, fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus, painoindeksi, vartalonmalli sekä kehon lämpötila. Pisteytys kasvaa vähäisestä riskistä erittäin korkeaan riskiin, asteikolla 6 - 24. (Soppi 2009, 12 - 14.)

### 3.3 Hoitotyön toiminnot painehaavan ennaltaehkäisemisessä

Painehaavan ennaltaehkäisemisessä hoitotyön toiminnoista keskeisin on asentohoito, jonka tarkoituksena on poistaa tai keventää painetta ja hankausta painehaavariskille alttiin luisen ulokkeen kohdalla. Asentohoidon suunnitteluun ja toteutukseen vaikuttavat monet potilaasta riippuvat tekijät kuten esimerkiksi liikuntakyvyttömyys ja tuntopuutokset. (Hietanen & Juutilainen 2012, 318.) Asentohoidolla pyritään asentoa muuttamalla vapauttamaan paineenalaiset kudokset, jotta veri pääsee virtaamaan vapaasti (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 491).

Hoitotyössä potilaan siirtämiseen hoitohenkilökunnalla on käytössään erilaisia apuvälineitä. Tarkoituksenmukainen apuvälineen käyttö suojaa potilaan ihoa paineelta ja hankaukselta, eikä estä tai vaikeuta potilaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Potilaan siirtämisen apuvälineiden ammattitaitoinen käyttäminen turvaa laadukkaan hoitotyön asentohoidossa, koska siirtäminen ei aiheuta potilaalle ihovaurioita eikä hoitotyöntekijälle tarpeetonta fyysistä rasitusta. Potilaiden nostamiseen ja siirtämiseen käytettäviä apuvälineitä ovat nostolaitteet, nostoliinat, siirtymä- ja liukulakanat, siirtovyöt sekä siirto- ja kääntöelineet. (Hietanen & Juutilainen 2012, 320.)

Painehaavan ennaltaehkäisemisen apuvälineeksi on kehitetty erilaisia painehaavapatjoja, joiden ennaltaehkäisevä vaikutus perustuu oikeaan käyttötapaan ja potilaslähtöisten riskitekijöiden huomioimiseen (Peltonen, Lepistö & Vihersaari 2010, 3706). Makuualustojen kehittämisellä on pyritty vähentämään kudokseen kohdistuvaa painetta, joka puolestaan keventää hoitohenkilökunnan työtaakkaa asentohoidon ollessa resursseja sitovaa, vaikeasti toteutettavaa ja työlästä (Soppi 2010, 265). Asentohoidon tarvetta ei kuitenkaan voida kokonaan poistaa millään makuualustalla (Soppi 2012, 2).

Makuualustat jaetaan passiivisiin (staattisiin) ja aktiivisiin (dynaamisiin) erikoispatjoihin. Makuualustan valinta perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja kliiniseen arviointiin, jonka pohjalta valitaan joko korkean tai matalan riskin erikoispatja. Passiivisia erikoispatjoja käytetään pienen ja kohtalaisen painehaavariskin potilaille, jotka vuoteessa ollessaan pystyvät vaihtamaan asentoaan itsenäisesti ja joiden tuntoaisti on normaali. Aktiivisia erikoispatjoja suositellaan korkean ja erittäin korkean painehaavariskin potilaille, joilla on asentorajoituksia tai he eivät itse pysty muuttamaan asentoaan. (Hietanen & Juutilainen 2012, 320 - 323.)

Hoitotyön kirjaaminen hoitokertomukseen on keskeisessä osassa potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Hoitohenkilökunnan päätöksenteko-osaaminen korostuu kirjaamisessa. Saumaton ja luotettava tiedonsiirto on merkittävä osa potilaan hoidon turvallisuutta ja keskeinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 44.) Kirjaamisen on oltava yksiselitteistä, tarkkaa ja kokonaisvaltaista, jotta hoidon kannalta oleelliset tiedot ovat helposti löydettävissä. Potilaan terveydentilan muutosten ajantasaisen kirjaamisen on oltava jatkuvaa. (Hietanen & Juutilainen 2012, 69 - 70.)

Keskeisimpiä hoitotyön kirjaamista sääteleviä lakeja ja asetuksia ovat henkilötietolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, terveydenhuoltolaki, sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista ja asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Lainsäädännön tarkoituksena on huolehtia, että toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain tarpeellisia ja virheettömiä tietoja. Oikeat henkilöt saavat oikealla hetkellä riittävän laajaa ja ajankohtaista tietoa lain ja asetusten mukaisessa tiedonhallinnassa, joka on keskeinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. (Ahonen ym. 2012, 44 - 45).

Sairaanhoitajien osaamisalueita ovat terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, eettinen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen ja yhteistyöosaaminen. Teoreettinen osaaminen kuuluu sairaanhoitajien osaamisalueisiin, koska hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon. Hoitotyön laadun kehittämistä voidaan puolestaan kuvata johtamisosaamisella. Sairaanhoitajan osaamisalueiden tarkoituksena on havainnollistaa, kuinka moniulotteista hoitotyö on. Hoitotyön osaamisen perusasioiden hallitseminen luo vahvan pohjan terveyden edistämislle. Painehaavapotilaan hoitotyö koostuu aina ihon kunnon tarkkailemisesta ja asentohoidosta, potilaan opettamiseen ja ohjaamiseen painehaavan ennaltaehkäisemisessä. (Kassara, Palo-Poski, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 3, 136.)

### 3.4 Hoitohenkilökunnan vastuu painehaavan varhaisesta tunnistamisesta ja ennaltaehkäisemisestä

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka toteuttaa ja kehittää hoitotyötä. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä sairaanhoitaja käyttää hyväksi ammatillista asiantuntemustaan, potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin perustuvaa tietoa sekä hoitosuosituksia ja tutkimustietoa. Sai-

raanhoitaja on vastuussa ammattitaitonsa ja ammattinsa kehittamisestä sekä oman osaamisensa systemaattisesta arvioinnista. (Opetusministeriö 2006, 63; Ahonen ym. 2012, 26.)

Painehaavan ennaltaehkäisemisen on oltava koko hoitoketjun kattava saumaton prosessi, joka alkaa heti potilaan saavuttua hoitoon painehaavariskin arvioinnilla ja sitä seuraavilla hoitotyön toiminnoilla. Painehaavariskin varhaisen tunnistamisen apuvälineiksi kehitetyt erilaiset luokitukset ja pisteytysjärjestelmät toimivat apuna hoitotyössä. Painehaavariskin arvioinnissa hoitohenkilökunnan työpanos on keskeinen. Potilaiden hoito tulee suunnitella yksilöllisesti ja huomioiden potilaalta saadut kokemukset osana näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan on tiedostettava painehaavan syntymisen uhka omassa työssään ja osattava ennaltaehkäistä ja hoitaa sekä motivoitua ohjaamaan potilaita ymmärtämään painehaavan syntymiseen ja ennaltaehkäisemiseen vaikuttavat riskitekijät. (Hietanen 2009, 23; Heikkinen 1999, 18; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 44; Soppi 2010, 267.)

Painehaavoihin liittyviä tutkielmia on tehty viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kansainvälisesti runsaasti. Athlinin, Idvallin, Jernfältin & Johanssonin (2010, 2255) tutkielmassa sairaanhoitajat pitivät tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä ja hoitamisesta tärkeänä potilaan painehaavahoitotyössä. Sairaanhoitajilla oli tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä ja hoitamisesta, mutta niitä kohtaan ilmeni joillakin välinpitämättömyyttä, tieto saattoi olla puutteellista tai vanhentunutta. Moore & Price (2004, 948) toteavat ajanpuutteen ja hoitohenkilöstön riittämättömyyden estävän sairaanhoitajien myönteisen asenteen heijastumisen käytännön hoitotyöhön painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Gallant, Morin, St-Germain & Dallaire (2009, 186) muistuttavat, että sairaanhoitajien tiedot painehaavan ennaltaehkäisemisestä ovat lähtökohtana laadukkaalle hoitotyölle. Tästä huolimatta uutta tietoa ei viedä välttämättä käytäntöön.

Vastaavasti Suomessa painehaavoihin liittyviä hoitotyön näkökulmasta tehtyjä tutkielmia on tehty vähän, vaikka hoitotyöntekijän rooli on keskeinen painehaavariskissä olevan potilaan, painehaavan ennaltaehkäisemisen ja tunnistamisen sekä syntyneen painehaavan hoitamisessa. (Iivanainen 2007, 8). Aikaisempia painehaavoihin liittyviä tutkielmia ovat tehneet Pellinen (1994, 6), joka kartoitti hoitohenkilöstön tietoja ja käsitteitä painehaavaumiin liittyvistä asioista. Heikkinen (1999, 26) tutkielmassaan kuvaili riskipotilaiden tunnistamista, ehkäisyä ja hoitoon käytettäviä menetelmiä sekä painehaavaumien määrää ja painehaavaumapotilaiden yleisyyttä. Hokkanen (2000, 25) kartoitti tutkielmassaan painehaavojen ominaisuuksia, esiintyvyyttä ja painehaavan syntyyn johtaneita syitä sekä selvitti hoitohenkilökunnan ennaltaeh-



käisymenetelmien käyttöä ja heidän esittämiään kehittämistarpeita painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Iivanainen (2007, 35) selvitti tutkielmassaan lonkkamurtumapotilaiden hoitoprosessin aikana havaittuja painehaavoja ja niiden syvyyttä sekä tunnistamiseen johtavia riskitekijöitä. Hyvämäki (2008) kartoitti ja kuvaili tutkielmassaan painehaavojen esiintyvyyttä sekä ennaltaehkäisevän hoitotyön menetelmiä.

#### 4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien painehaavaosaamista, jota haava-hoitajat voivat hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaista tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa kehitysehdotuksia hoitotyön toiminnoista painehaavariskin varhaiseen tunnistamiseen ja painehaavan ennaltaehkäisemiseen.

Opinnäytetyöllä haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä hoitotyön toimintoja sairaanhoitajat käyttävät potilaan painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa?
2. Millä hoitotyön toiminnoilla sairaanhoitajat ennaltaehkäisevät painehaavan syntymistä?

## 5 MÄÄRÄLLINEN OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyömme oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jota kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi. (Heikkilä 2004, 16). Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä aiemmat teorit, käsitteiden määrittely, aineistonkeruusuunnitelma ja tutkittavien henkilöiden valinta. Määrällisessä tutkimuksessa havaintoaineiston on sovellettava numeeriseen mittaukseen. Muuttujat muutetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät tehdään lopuksi havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 140.)

### 5.1 Aineiston keruu

Keräsimme tutkimusaineiston Kainuun keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen 6 ja 7, sisätautien vuodeosastojen 8 ja 9 sekä nopean diagnostiikan yksikön että teho-osaston sairaanhoitajilta strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 2.) Valitsimme kohdejoukoksi sairaanhoitajat, koska sairaanhoitajien osuus hoitohenkilökunnasta on prosentuaalisesti hallitseva. Sairaanhoitaja vastaa potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, suunnittelusta ja toteutuksesta. Aineistonkeruu toteutettiin tutkimusluvan (liite 3) myöntämisen jälkeen Kainuun keskussairaalassa toukokuussa 2013, jolloin valtaosa sairaanhoitajista ei ollut vielä vuosilomalla. Vilkka (2007, 28) kehottaa suunnittelemaan kyselyn ajoituksen mahdollisimman hyvin, jotta vältytään alhainen vastausprosentti. Kyselylomakkeita jaettiin yksiköihin yhteensä 140 kappaletta, joka perustui omaan arvioon. Vastauksia saatiin 83 sairaanhoitajalta. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 59 %.

Saatekirje sisältää tietoa tutkimuksesta, jonka perusteella tutkittava voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä. Saatekirje on yleensä yhden sivun mittainen. (Vilka 2007, 80.) Heikkilän (2008, 61) mukaan saatekirjeen avulla lähestytään tutkittavaa kohteliaasti, jolla motivoidaan häntä vastaamaan lomakkeeseen. Saatekirjeestä käy ilmi tutkimuksen tekijät, tavoite, tutkimustietojen käyttötapo, mihin mennessä kyselyyn on vastattava ja kyselyn palautusohje. Lisäksi saatekirjeessä on maininta luottamuksellisuudesta sekä kiitokset osallistumisesta. (Heikkilä 2008, 62.)

Saatekirjeellä (liite 1) lähestyimme vastaajia ystävällisesti. Kerroimme lyhyesti itsestämme sekä opinnäytetyömme aiheesta, tarkoituksesta ja tavoitteesta. Saatekirjeestä kävi ilmi, että osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista, palauttaminen tapahtuu nimettömänä ja tulokset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Kyselylomake pyydettiin palauttamaan yksikön taukokuoneessa olleeseen palautuslaatikkoon 31.5.2013 mennessä. Palautuslaatikossa luki kyselyn nimi ja -vastaamisaika. Saatekirjeessä oli myös meidän sekä ohjaavan opettajan että työelämän edustajan puhelinnumerot mahdollisia yhteydenottoja varten. Lisäksi motivoimme sairaanhoitajia vastaamaan kyselyyn tarjoamalla kahdelle eniten vastauksia tuottaneelle osastolle kahvileivät 6.6.2013, kiitoksena kyselyyn osallistumisesta.

## 5.2 Kyselylomakkeen laadinta

Painehaavan varhaista tunnistamista ja ennaltaehkäisemistä on tutkittu viime vuosina Suomessa laajasti. Kartoitimme teoriaa ja aikaisempia tutkimuksia aiheesta suunnitellessamme kyselylomaketta. Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat olivat toteuttaneet vastaavanlaisen tutkimuksen (Ahola, Jaakola & Lehtonen 2010). Mukailimme heidän kyselylomakettaan oman tutkimuksen tarpeisiin sopivaksi. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2010, 153) suosittelevat käyttämään jo olemassa olevia testattuja ja standardoituja mittareita tutkimuksessa.

Keräsimme aineiston strukturoiduin ja suljetuin kysymyksin eli monivalintakysymyksin, joiden vastausvaihtoehdot operationalisoitiin teoriasta. Mittari koostui useutta mittaavista asteikoista ja Likertin neliportaisesta asteikosta. Useutta mitattiin vastausvaihtoehdoilla ei koskaan, silloin tällöin, joskus, usein ja aina tai ei lainkaan, vähän, melko paljon, erittäin paljon ja en osaa sanoa. Likertin neliportainen asteikko muodostui vastausvaihtoehdoista eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, melkein samaa mieltä ja samaa mieltä.

Vilkan (2007, 27) perusteella määrällisen aineiston keräämiseen käytettävässä kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samassa järjestyksessä ja samalla tavalla samat asiat. Hirsjärvi ym. (2010, 195) painottavat kyselymenetelmän tehokkuutta aineistonkeruussa, koska se ennen kaikkea säästää tutkijan aikaa ja sillä saadaan laaja tutkimusaineisto sekä voidaan kysyä mahdollisimman paljon asioita. Huolellisesti suunnitellulla lomakkeella saatu aineisto voidaan käsitellä ja analysoida nopeasti.

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä on pystyttävä arvioimaan. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksessa mittaustulosten toistettavuutta ja pysyvyyttä. Tutkimusta arvioidaan myös käsitteellä validius eli pätevyys, mittarilla on kyky mitata tutkittavaa asiaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Kyselylomakkeen eli mittarin on siis mitattava eli kysyttävä asioita, joihin halutaan saada teoriataustan kattavat ja tutkimuskysymysten mukaiset vastaukset.

Valmiin kyselylomakkeen esitestasimme sairaanhoitajilla sekä Kainuussa että Päijät-Hämeessä. Testaamisella Vilkan (2007, 79) mukaan voidaan välttää virheellisen aineiston kerääminen ja lisätä siten aineiston luotettavuutta. Esille nousseiden muutosehdotusten takia esitestaus uusittiin. Saimme palautetta myös ohjaavalta opettajalta ja työelämän yhteyshenkilöltä. Kaikesta huolimatta kyselylomakkeen yhdestä osiosta jäi puuttumaan tehtävänannosta poiketen yksi vastastausvaihtoehtosarake. Osa kyselyyn vastanneista oli huomionnut puutteen kyselylomakkeessa ja reagoi siihen joko vastaamalla tai jättämällä vastaamatta osioon.

### 5.3 Aineiston käsittely

Aloitimme kerätyn aineiston käsittelyn lomakkeiden tarkastamisella, emmekä päätyneet hylkäämään yhtään kyselylomaketta puuttuvien, puutteellisten tai virheellisesti vastattujen vastausten vuoksi. Tarkastuksen yhteydessä numeroimme kyselylomakkeet, jotta tarvittaessa pysyimme palaamaan yksittäisen lomakkeen tietoihin. Kyselylomakkeella kerätyn aineiston syötimme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 -ohjelmaan havaintomatriisiksi. Lopuksi tarkastimme, että jokainen kyselylomake oli syötetty havaintomatriisiin oikein. Vilka (2007, 117) kehottaa parantamaan aineiston laatua ja vähentämään siinä olevia virheitä aineiston tarkastamisella. Heikkilä (2008, 131) täydentää tarkistamaan selitteet, välttyäksemme virhetulkinnoilta.

Analysoimme tulokset ja esitimme ne kuvailevia tilastotieteen menetelmiä apuna käyttäen niin numeraalisesti frekvensseinä ja prosentteina kuin graafisesti taulukoina ja kuvioina sekä tunnuslukuina. Kuviot olivat sektoridiagrammeja eli piirakkakuvioita. Tunnuslukuina käytimme sijaintilukuja keskiarvoa, mediaania ja moodia. Keskiarvo eli aritmeettinen keskiarvo saadaan jakamalla havaintoarvojen summa niiden lukumäärällä. Mediaani kuvaa suuruusjärjestykseen asetetuista havainnoista keskimmäisen arvon. Moodi on tyyppi arvo eli arvo joka esiintyy useimmin ja jolla on suurin frekvenssi. (Heikkilä 2008, 82 - 84.) Hirsjärvi ym. (2010,

221) toteavat aineiston analyysin, tulkinnan ja johtopäätösten teon olevan tutkimuksen ydin-  
asia.

## 6 TULOKSET

Opinnäytetyön kyselyyn osallistui 83 sairaanhoitajaa. Kyselyn vastausprosentti oli 59 %:a. Vastauksia saatiin eniten sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajilta (Taulukko 1.). Työkokemusta hoitotyöstä oli lähes puolella vastanneista yli kymmenen vuotta (Taulukko 2.).

Taulukko 1. Työyksikkö.

	f	%
Sisätautien vuodeosastot	34	41
Kirurgian vuodeosastot	20	24
Teho-osasto	18	22
Nopean diagnostiikan yksikkö	11	13
Yhteensä	83	100

Taulukko 2. Työkokemus hoitotyöstä.

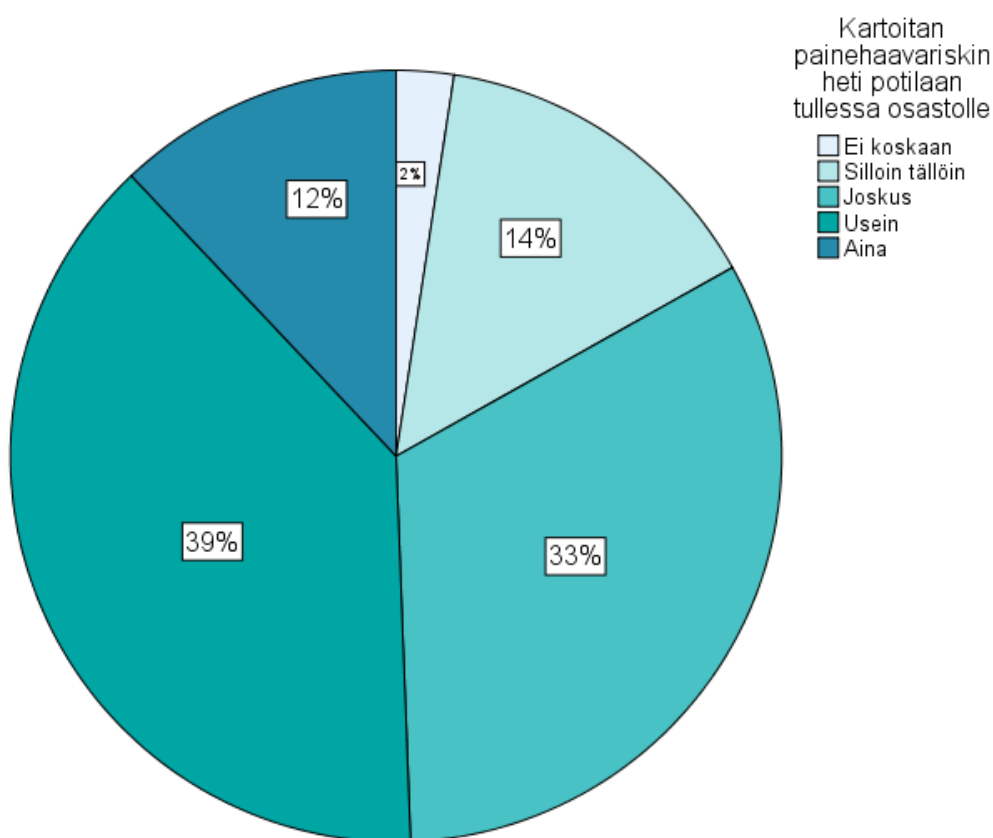
	f	%
Alle 5 vuotta	24	29
5 - 10 vuotta	24	29
Yli 10 vuotta	35	42
Yhteensä	83	100

Haavanhoitokoulutukseen oli osallistunut 57 %:a sairaanhoitajista. Haavanhoitokoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana oli osallistunut 40 %:a sairaanhoitajista. Nimetty haavanhoitovastaava oli sairaanhoitajista 90 %:n työyksikössä. Painehaavan hoidosta vastaavaa ei ollut nimetty sairaanhoitajista 86 %:n työyksikössä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Haavanhoitokoulutus ja -vastaavat.

	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%
Osallistuminen haavanhoitokoulutukseen (n=80)	46	57	34	43
Osallistuminen haavanhoitokoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana (n=58)	23	40	35	60
Haavanhoitovastaava osastolla (n=81)	73	90	8	10
Painehaavan hoidosta vastaava osastolla (n=80)	11	14	69	86

Painehaavariskin kartoitti heti potilaan tultua osastolle 51 %:a sairaanhoitajista (n=83) usein tai aina. 2 %:a sairaanhoitajista ei kartoittanut potilaan painehaavariskiä osastolle tullessa. (Kuvio 1.) Painehaavariskin kartoitti 17 %:a sairaanhoitajista, joilla oli alle 5 vuotta työkokemusta hoitotyöstä. Yli 10 vuoden työkokemuksella 46 %:a sairaanhoitajista kartoitti potilaan painehaavariskin usein ja 5 - 10 vuoden työkokemuksella 42 %:a joskus. (Taulukko 4.) Painehaavariskin arvioi uudelleen potilaan voinnin muuttuessa 66 %:a sairaanhoitajista usein tai aina, 34 %:a joskus tai silloin tällöin.



Kuvio 1. Painehaavariskin kartoittaminen

Potilaan, jolla oli suurentunut riski saada painehaava, tunnisti 89 %:a sairaanhoitajista (n=83) usein tai aina. Riskipotilaan tunnisti 5 vuoden työkokemuksella 38 %:a aina ja 5 - 10 vuoden työkokemuksella 71 %:a usein. Painehaavalle alttiit alueet tiesi 100 %:a sairaanhoitajista (n=82) ja vastaavat alueet tutki 86 %:a usein tai aina. Altitiit alueet tiesi yli 10 vuoden työkokemuksella sairaanhoitajista 71 %:a aina. Säännöllisesti potilaan ihon kuntoa tarkkaili 93 %:a



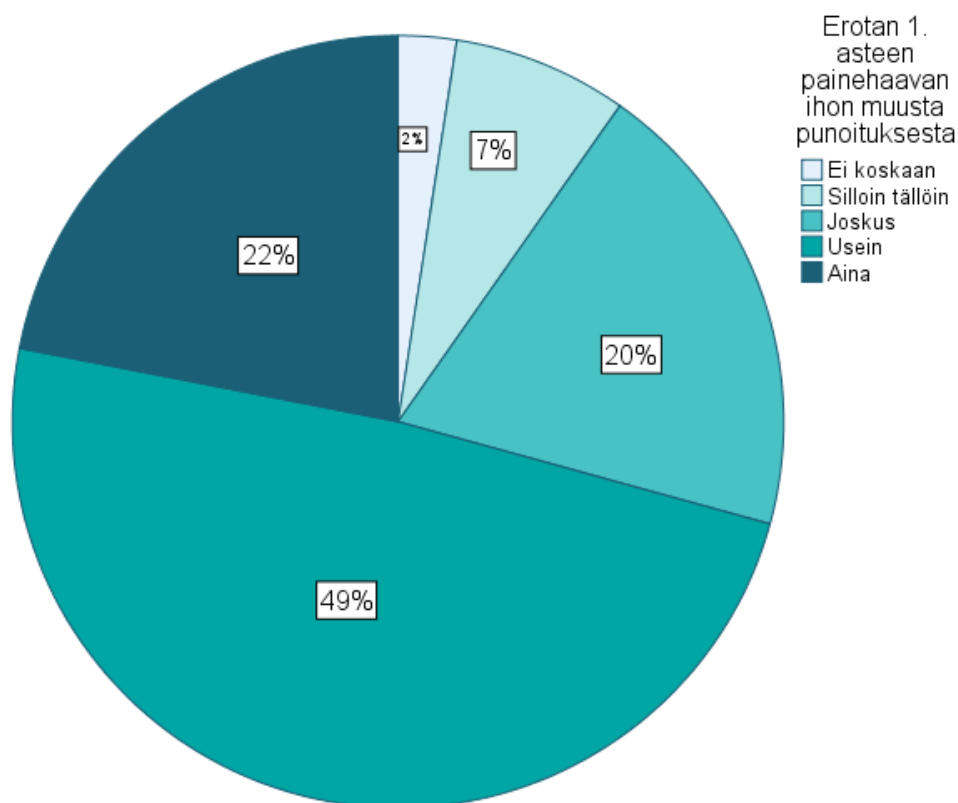
sairaanhoitajista (n=83) usein tai aina. Ihon kuntoa tarkkaili yli 10 vuoden työkokemuksella 54 %:a sairaanhoitajista aina. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Painehaavariskin tunnistaminen sairaanhoitajien työkokemuksen mukaan tarkasteltuna.

	Työkokemus hoitotyöstä					
Painehaavariskin kartoittaminen	Alle 5 vuotta		5 - 10 vuotta		Yli 10 vuotta	
	f	%	f	%	f	%
Aina	4	17	3	13	3	9
Usein	8	33	8	33	16	46
Joskus	7	29	10	42	10	29
Silloin tällöin	5	21	1	4	6	17
Ei koskaan	0	0	2	8	0	0
Yhteensä	24	100	24	100	35	100
Riskipotilaan tunnistaminen	Alle 5 vuotta		5 - 10 vuotta		Yli 10 vuotta	
	f	%	f	%	f	%
Aina	9	38	6	25	10	29
Usein	11	46	17	71	21	60
Joskus	4	17	1	4	4	11
Yhteensä	24	101*	24	100	35	100
Alttiiden alueiden tietäminen	Alle 5 vuotta		5 - 10 vuotta		Yli 10 vuotta	
	f	%	f	%	f	%
Aina	11	46	13	54	24	71
Usein	13	54	11	46	10	29
Yhteensä	24	100	24	100	34	100
Ihon kunnon tarkkaileminen	Alle 5 vuotta		5 - 10 vuotta		Yli 10 vuotta	
	f	%	f	%	f	%
Aina	11	46	8	33	19	54
Usein	11	46	14	58	14	40
Joskus	2	8	2	8	1	3
Silloin tällöin	0	0	0	0	1	3
Yhteensä	24	100	24	99*	35	100

\*pyöristyksistä johtuen

Taloudellista hyötyä koki saavuttavansa tunnistamalla riskipotilaan ajoissa sairaanhoitajista 74 %:a (n=81). Ensimmäisen asteen painehaavan ihon muusta punoituksesta erotti 71 %:a sairaanhoitajista (n=82) usein tai aina. 2 %:a sairaanhoitajista vastasi, että ei koskaan erota ensimmäisen asteen painehaavaa. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. I asteen painehaavan tunnistaminen

Riskiarviointimittari auttoi potilaan painehaavariskin arvioinnissa 74 %:n mielestä, 18 %:a sairaanhoitajista (n=83) jätti vastaamatta kysymykseen. Potilaan painehaavariskin arvioinnissa riskimittaria oli käyttänyt 7 %:a vastaajista. Bradenin riskiluokitus oli käytetyin riskiarviointimittari (Taulukko 5.).

Taulukko 5. Sairaanhoitajien käyttämät painehaavariskimittarit

	f
Bradenin riskiluokitus	8
Jackson-Cubbin riskiluokitus	0
Nortonin riskiluokitus	2
Shape Risk Scale	0

Painehaavalle altistavista tekijöistä sairaanhoitajat tunnistivat riskiä lisäävinä liikkumattomuuden, vuodepotilaana olemisen, tuntopuutokset, diabeteksen ja aiemman painehaavan. Masennuksen, tupakoinnin ja anemian vaikutusta painehaavan syntyyn ei pidetty yhtä merkityksellisenä. (Taulukko 6.) (Md = keskimäinen arvo, Mo = suurin esiintymistiheys)

Taulukko 6. Painehaavalle altistavien tekijöiden tunnistaminen.

	ka	Md	Mo
Liikkumattomuus	3,98	4	4
Liikuntarajoitteisuus	3,54	4	4
Vuodepotilaana oleminen	3,93	4	4
Sängynpäädyn kohoasento	3,10	3	3
Pitkään istuminen	3,33	3	3
Tuntopuutokset	3,80	4	4
Alentunut tajunnan taso	3,65	4	4
Huono yleiskunto	3,54	4	4
Sydän- ja verisuonisairaudet	3,28	3	3
Diabetes	3,70	3	3
Ylipaino	3,42	4	4
Alipaino	3,47	4	4
Vajaaravitsemus	3,63	4	4
Masennus	2,86	3	3
Korkea ikä	3,23	3	4
Tupakointi	3,19	3	3
Anemia	3,06	3	3
Elimistön alhainen proteiinitaso	3,36	4	4
Ihon kosteus	3,33	3	3
Ihon venyttyminen	3,47	4	4
Virtsainkontinenssi	3,06	3	3 ja 4
Ulosteinkontinenssi	3,23	3	4
Aiempi painehaava	3,71	4	4

1=ei lainkaan, 2=vähän, 3=melko paljon, 4=erittäin paljon, 5=en osaa sanoa

Potilaan painehaavariskin kirjasi hoitosuunnitelmaan sairaanhoitajista 50 %:a (n=80) silloin tällöin tai joskus. (Taulukko 7.) Potilaan hoitosuunnitelman tarkisti säännöllisesti sairaanhoitajista 77 %:a (n=81) usein tai aina. Potilaan hoitosuunnitelmaa hyödynsi päivittäisessä hoitotyössä sairaanhoitajista 85 %:a (n=81) usein tai aina.

Potilaan ihon kunnon hoitotoimenpiteiden yhteydessä tarkisti ja potilaalla havaitsemansa ihon kunnon muutokset kirjasi sairaanhoitajista 94 %:a (n=81) usein tai aina. Painehaavalle riskialttiit ihokohdat suojasi sairaanhoitajista 73 %:a (n=80) usein tai aina. Potilaan ravitsemuksesta (täydennysravintovalmisteet) huolehti sairaanhoitajista 58 %:a (n=81) usein tai aina. Ravitsemusterapeuttia konsultoi tarvittaessa sairaanhoitajista 11 %:a (n=80) usein tai aina ja 14 %:a ei koskaan. Potilaan ravinnonsaannin seurannan kirjasi sairaanhoitajista 65 %:a (n=77) usein tai aina. Potilaan inkontinenssin huomioi tehostetusti 46 %:a sairaanhoitajista (n=78) usein tai aina. (Taulukko 7.)

Hoitotoimenpiteet kiireettömästi sairaanhoitajista teki 68 %:a (n=81) silloin tällöin tai joskus. Potilasta kannusti omatoimisuuteen sairaanhoitajista 84 %:a (n=79) usein tai aina. Potilaan asennonvaihtoa työparin kanssa toteutti 89 %:a sairaanhoitajista (n=81) usein tai aina. (Taulukko 7.) Yhteisesti sovittuja hoitotyön toimintoja painehaavan ennaltaehkäisemisessä käytti 80 %:a sairaanhoitajista (n=79) usein tai aina.

Taulukko 7. Hoitotyön toiminnot painehaavan ennaltaehkäisemisessä.

	Usein		Joskus		Ei koskaan	
	f	%	f	%	f	%
Painehaavariskin kirjaaminen (n=80)	29	36	40	50	11	14
Ihon kunnon tarkistaminen (n=81)	76	94	5	6		
Ihon kunnon muutosten kirjaaminen (n=81)	76	94	5	6		
Riskialttiiden ihokohtien suojaaminen (n=80)	58	73	21	26	1	1
Ravitsemuksesta huolehtiminen (n=81)	47	58	34	41		
Ravitsemusterapeutin konsultointi (n=80)	9	11	60	75	11	14
Ravinnonsaannin seurannan kirjaaminen (n=77)	50	65	26	34	1	1
Inkontinenssin huomioiminen (n=78)	36	46	41	53	1	1
Omatoimisuuteen kannustaminen (n=79)	66	84	13	16		
Asentohoito työpari apuna (n=81)	72	89	9	11		

usein = usein + aina, joskus = silloin tällöin + joskus, ei koskaan

Säännöllisellä ja tehostetulla asentohoidolla ehkäistään painehaavan syntyä sairaanhoitajista 100 %:n (n=82) mielestä. Potilaan asentohoitoa toteutettaessa 96 %:a sairaanhoitajista (n=80) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että saa tarvittaessa apua. Sairaanhoitajista 94 %:a (n=80) oli eri mieltä tai joihinkin eri mieltä siitä, että potilaan asentohoitoa toteutetaan mieluummin yksin. 88 %:a sairaanhoitajista (n=79) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä, että huonosti toteutetuilla asennonvaihto- ja siirtotekniikoilla voi aiheuttaa painehaavan. Sairaanhoitajista 89 %:a (n=80) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan painetta keventävät apuvälineet ja asentohoito. 61 %:a sairaanhoitajista (n=81) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan yksilölliset hoito-ohjeet asennonvaihto- ja siirtotekniikasta. (Taulukko 8.)

Tarkoituksenmukaiset painetta keventävät apuvälineet valitsi potilaalle 81 %:a sairaanhoitajista (n=81), jotka olivat asiasta samaa mieltä tai melkein samaa mieltä. Sairaanhoitajista 52 %:a (n=78) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että potilas voi istua istuinpehmustetussa tuolissa yhtäjaksoisesti 2 - 4 tuntia. 47 %:a oli asiasta eri mieltä tai joihinkin eri mieltä. Vaihtuvapaineisella antidecubituspatjalla olevaa potilasta käännetään 2 - 4 tunnin välein, samaa mieltä tai melkein samaa mieltä oli 86 %:a sairaanhoitajista (n=80). 96 %:a sairaanhoitajista (n=80) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä, että itsenäiseen asennonvaihtoon kannustaminen ehkäisee painehaavoja. Liikkumisessa avustaminen ehkäisee painehaavoja, sairaanhoitajista 95 %:a (n=79) vastasi olevansa samaa mieltä tai melkein samaa mieltä. 74 %:a sairaanhoitajista (n=74) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että potilas tuetaan vuoteessa kylkiasennossa 30 asteen kulmaan. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Asentohoito ja painetta keventävät apuvälineet.

	Samaa mieltä		Melkein samaa mieltä		Joihinkin eri mieltä		Eri mieltä	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Säännöllinen asentohoito (n=82)	82	100						
Asennonvaihto- ja siirtotekniikka (n=79)*	48	61	21	27	7	9	3	4
Apuvälineiden ja asentohoidon kirjaaminen (n=80)*	45	56	26	33	6	8	3	4
Painetta keventävien apuvälineiden valinta (n=81)	31	38	35	43	15	19		
Liikkumisessa avustaminen (n=79)	61	77	14	18	4	5		
30 asteen kylkiasento (n=74)	23	31	32	43	17	23	2	3
*pyöristyksistä johtuen 101 %								

Painehaavan ennaltaehkäisemisessä siirto- ja/tai nostolakanaa sairaanhoitajista käytti 96 %:a usein tai aina. Liukulakanaa sairaanhoitajista käytti 84 %:a usein tai aina, 12 %:a joskus. Asentohoitotyynyä sairaanhoitajista käytti 76 %:a usein tai aina, 18 %:a joskus tai silloin tällöin. Potilasnostinta painehaavan ennaltaehkäisemisessä ei sairaanhoitajista käyttänyt koskaan 28 %:a, 47 %:a käytti sitä silloin tällöin tai joskus, 21 %:a usein tai aina. (Taulukko 9.)

Sähkösäätöistä vuodetta painehaavan ennaltaehkäisemisessä käytti sairaanhoitajista 94 %:a usein tai aina. Passiivista erikoispatjaa käytti sairaanhoitajista 49 %:a usein tai aina, 29 %:a silloin tällöin tai joskus ja 16 %:a ei koskaan painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Aktiivista erikoispatjaa painehaavan ennaltaehkäisemisessä vastasi käyttävänsä silloin tällöin tai joskus 44 %:a sairaanhoitajista, usein tai aina 33 %:a ja ei koskaan 18 %:a. Istuinalustaa painehaavan ennaltaehkäisemiseen sairaanhoitajista käytti silloin tällöin tai joskus 53 %:a, usein tai aina 36 %:a ja ei koskaan 8 %:a. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Osastoilla käytettävät apuvälineet (n=83).

	ka	Md	Mo
Siirto- ja nostolakana	4,54	5	5
Liukulakana	4,07	4	4
Asentohoitotyyny	3,89	4	4
Potilasnostin	2,24	2	2
Sähkösäätöinen vuode	4,64	5	5
Passiivinen erikoispatja	3,07	3	4
Aktiivinen erikoispatja	2,83	3	3
Istuinalusta	3,05	3	3

1=ei koskaan, 2=silloin tällöin, 3=joskus, 4=usein, 5= aina

Passiivista erikoispatjaa korkean riskin potilaalle käytti sairaanhoitajista 47 %:a (n=79), 37 %:a ei osannut muodostaa väitteestä mielipidettä. 35 %:a sairaanhoitajista jätti muodostamatta mielipiteen aktiivisen erikoispatjan käyttämisestä kaikille potilaille. 52 %:a sairaanhoitajista (n=79) ei osannut muodostaa mielipidettä siitä, ovatko vaihtuvapaineiset patjat dynaamisia erikoispatjoja. 93 %:a sairaanhoitajista (n=81) vastasi painehaavapatjan käyttämisen auttavan ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Erikoispatjat painehaavan ennaltaehkäisemisen apuvälineenä.

	Kyllä		Ei		En osaa sanoa	
	f	%	f	%	f	%
Käytän korkean riskin potilaalle passiivista erikoispatjaa (n=79)	37	47	13	16	29	37
Aktiivista erikoispatjaa voin käyttää kaikille potilaille (n=79)	29	37	22	28	28	35
Vaihtuvapaineiset patjat ovat dynaamisia erikoispatjoja (n=79)	35	44	3	4	41	52
Painehaavapatjan käyttäminen auttaa ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä (n=81)	75	93	2	2	4	5

Painehaavan ennaltaehkäisemisessä potilasta ohjasi sairaanhoitajista 63 %:a (n=82) usein tai aina. Potilaan omaisia painehaavan ennaltaehkäisemisessä ohjasi 28 %:a sairaanhoitajista (n=82) usein tai aina. 54 %:a sairaanhoitajista (n=81) vastasi osastolla olevan saatavilla materiaalia painehaavan ennaltaehkäisemisestä silloin tällöin tai joskus. 27 %:a vastasi, että ohjausmateriaalia ei ole koskaan saatavilla. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Ohjaaminen painehaavan ennaltaehkäisemisessä.

	Aina		Usein		Joskus		Silloin tällöin		Ei koskaan	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Potilaan ohjaaminen (n=82)*	12	15	39	48	22	27	5	6	4	5
Omaisten ohjaaminen (n=82)	6	7	17	21	35	43	15	18	9	11

\*pyöristyksistä johtuen 101 %

Lisäkoulutusta painehaavariskimittarin käytöstä koki tarvitsevansa 64 %:a sairaanhoitajista (n=81) usein tai aina. Painehaavariskimittarin käyttöönottamisen koki työpaikallaan tarpeelliseksi vastaajista 57 %:a (n=78) usein tai aina. Sairaanhoitajista (n=82) oli kiinnostunut kehittämään ammattitaitoaan painehaavan ennaltaehkäisemisessä usein tai aina 79 %:a. 49 %:a sairaanhoitajista (n=81) jakoi työpaikalla tietoa keskenään painehaavan ennaltaehkäisemisestä usein tai aina, 48 %:a silloin tällöin tai joskus.

Näyttöön perustuvaa tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä luki sairaanhoitajista 15 %:a (n=79) usein tai aina, 68 %:a silloin tällöin tai joskus ja 16 %:a ei koskaan. Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP) ja sen laatimat painehaavan ennaltaehkäisylinjat olivat

tuttuja 14 %:lle sairaanhoitajista, 86 %:a ei tuntenut EPUAP:in laatimia ennaltaehkäisylinjoja. 59 %:lle sairaanhoitajista (n=82) Suomen haavanhoitoyhdistyksen julkaisut olivat tuttuja, 41 %:lle puolestaan ei.



## 7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa Kainuun keskussairaalan sisätautien vuodeosastojen 8 ja 9, kirurgian vuodeosastojen 6 ja 7, teho-osaston ja nopean diagnostiikan yksikön sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella toukokuussa 2013. Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien painehaavaosaamista, jota haavahoitajat voivat hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaista tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa kehitysehdotuksia hoitotyön toiminnoista painehaavariskin varhaiseen tunnistamiseen ja painehaavan ennaltaehkäisemiseen.

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että suurin osa sairaanhoitajista tunnisti potilaan, jolla on suurentunut riski saada painehaava. Osastolle tullessa potilaan painehaavariskin kartoittaminen jakoi toimintatavat karkeasti kahtia. Potilaan voinnin muuttuessa painehaavariskin arvioi uudelleen enemmän kuin puolet sairaanhoitajista. EPUAP (2009) ohjeistaa terveydenhuollon toimipisteitä muodostamaan yhtenäiset toimintatavat selkeiden suositusten pohjalta, jotta riskiarviointi ja uudelleen arviointi pystytään ajoittamaan oikein.

Potilaiden painehaavariskin tunnistamisen on tutkittu aiemmin perustuvan hoitohenkilökunnan tekemään havainnointiin. Säännöllinen ja huolellinen ihon kunnon tarkkaileminen on korvannut varsinaisen tunnistusmenetelmän puuttumisen. (Pellinen 1994, 46 - 47.) Ihon kunnon tarkkailun, pitkän työkokemuksen ja ammattitaidon merkitys painehaavariskipotilaan tunnistamisessa on noussut myös myöhemmässä tutkimuksessa esiin (Heikkinen 1999, 42). Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimuksien kanssa, sillä sairaanhoitajat perustivat painehaavariskipotilaan tunnistamisen nimenomaan havainnointiin ja työkokemukseen. Theaker (2003, 165) huomauttaa, että yksinomaan kokemuksen varaan perustuvaa riskipotilaan tunnistamista ei voida pitää riittävänä.

Sairanhoitajat tiesivät painehaavalle alttiit alueet kiitettävästi ja tarkkailivat ihon kuntoa sekä painehaavalle alttiita alueita säännöllisesti. Enemmistö sairaanhoitajista erotti ensimmäisen

asteen painehaavan ihon muusta punoituksesta. Tulos perustui sairaanhoitajien tekemään omaan arvioon ensimmäisen asteen painehaavan tunnistamisesta. On todettu, että ensimmäisen asteen painehaavan erottaminen ihon muusta punoituksesta on vaikeaa (Pellinen 1994; Heikkinen 1999; Hokkanen 2000; Iivanainen 2007). Iivanainen (2007, 77) korostaa ensimmäisen asteen painehaavan erottamisen tärkeyttä.

Potilaan painehaavariskin arvioinnissa riskiluokitusmittaria oli käytetty vähän. Silti lähes kolme neljäsosaa uskoi riskiarviointimittarin auttavan potilaan painehaavariskin arvioinnissa. Sairaanhoitajat olivat käyttäneet työuransa aikana Bradenin ja Nortonin riskiluokitusmittareita. Kainuun keskussairaalassa ei ole käytössä riskiluokitusmittaria. Sairaanhoitajat tiesivät vaihtelevasti käyttämänsä riskiluokitusmittarin osa-alueet, mutta kokivat sen silti helppokäyttöisenä apuvälineenä painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Painehaavan varhaisen tunnistamisen apuvälineenä käytettävän riskiluokitusmittarin käyttämisestä on kartoitettu useassa tutkimuksessa (Pellinen 1994; Heikkinen 1999). Riskiluokitusmittarin käyttäminen lisää hoitohenkilökunnan tietoisuutta painehaavan ennaltaehkäisevän hoitotyön tärkeydestä ja painehaavalle altistavista tekijöistä (Hyvämäki 2008, 72). Vaikka riskiluokitusmittarilla pyritään ensisijaisesti ennaltaehkäisemään painehaavan muodostuminen, voidaan sillä pyrkiä myös saamaan painehaava hallintaan (Heikkinen 1999, 50).

Sairaanhoitajat tunnistivat painehaavalle altistavia tekijöitä, joista erityisen hyvin tunnistettiin liikkumattomuus, liikuntarajoittuneisuus, vuodepotilaana oleminen ja tuntopuutokset sekä aiempi painehaava. Melko hyvin altistaviksi tekijöiksi tiedostettiin alentunut tajunnan taso, diabetes ja vajaaravitsemus. Sitä vastoin virtsainkontinenssin, anemian, masennuksen ja tupakoinnin altistavaa vaikutusta ei tunnistettu. Tulokset olivat samankaltaisia kuin Pellisen (1994, 47) tutkimuksen tuloksissa esiin nousseet riskitekijät. Hoitotyöntekijät mainitsivat tärkeimmiksi riskitekijöiksi vuodepotilaana olemisen, heikon yleiskunnon, verenkierronhäiriöt, huonon ravitsemustilan ja diabeteksen. Vastaavasti inkontinenssia ja korkeaa ikää ei pidetty suurina riskitekijöinä. (Pellinen 1994, 47.)

Opinnäytetyön tuloksista oli nähtävissä, että sairaanhoitajat tunnistivat painehaavalle alttiin riskipotilaan ja altistavat tekijät. Sen sijaan painehaavariskin kirjaaminen hoitosuunnitelmaan jäi monelta toteuttamatta. EPUAP (2009) painottaa riskiarvioinnin kirjaamisen merkitystä, jolla varmistetaan tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvan moniammatillisen työryhmän kesken ja luo pohjan laadukkaalle hoitotyölle. Sairaanhoitajat tarkistivat säännöllisesti potilaan hoitosuunnitelman ja hyödynsivät sitä päivittäisessä hoitotyössä ahkerasti. Potilaan hoi-

tosuunnitelma rakentuu hoidon tarpeen määrittämisestä ja asetetuista hoidon tavoitteista. Hoidon tarve voi olla jokin odotettavissa oleva asia kuten painehaava. Suunnitellut toiminnot ohjaavat sairaanhoitajaa kohti turvallista hoitotyötä, jolla saavutetaan hoidon tavoitteet. (Ahonen ym. 2012, 51 - 56.)

Lähes kaikki sairaanhoitajat tarkistivat potilaan ihon kunnon hoitotoimenpiteiden yhteydessä ja kirjasivat havaitsemansa muutokset. Tästä on pääteltävissä, että on helpompi kirjata näkyvä, jo olemassa oleva muutos kuin arvio potilaan riskistä saada painehaava. Yli puolet sairaanhoitajista suojasi painehaavalle riskialttiit ihokohdat. Punoittavia ihokohtia ja luisia ulokkeita suositellaan suojaamaan haavanhoitotuotteilla, jolloin ehkäistään ihon rikkoutuminen sekä vähennetään kitkaa, hankausta ja painetta (Soppi, Ahtiala n.d., 9). Sairanhoitajat huomioivat potilaan täydennysravintovalmisteiden tarpeen sekä potilaan ravinnonsaannin seurannan kirjaamisen sangen hyvin. EPUAP (n.d., 7) suosittelee harkitsemaan täydennysravintovalmisteiden käyttöä potilaille, jos juomista ja syömistä ei pystytä muuten parantamaan. On vahvaa tieteellistä näyttöä siitä, että täydennysravintovalmisteiden käytön ansiosta painehaavoja esiintyy vähemmän kuin tavanomaisella hoitamisella (EPUAP 2009). Ravitsemusterapeutin konsultointi oli harvinaista. EPUAP (2009) kehottaa konsultoimaan ravitsemusterapeuttia painehaavariskissä olevan potilaan ravitsemuksen arvioinnissa.

Tuloksista voidaan todeta, että suurimmalla osalla sairaanhoitajista ei ollut aikaa toteuttaa hoitotoimenpiteitä kiireettömästi. Hokkanen (2000, 46) näki kiireisen työtahdin vaikuttaneen painehaavan varhaiseen tunnistamiseen heikentävästi. Pellisen (1994, 50) tutkimuksessa 69 %:a sairaanhoitajista arvioi painehaavaumien ehkäisyyn ja hoitoon kuluvan ajan olevan suuri tai kohtalainen. Yli kolme neljäsosaa sairaanhoitajista käytti yhteisesti sovittuja hoitotyön toimintoja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Useat sairaanhoitajat kannustivat potilasta omatoimisuuteen ja toteuttivat potilaan asennonvaihtoa mieluummin työparin kanssa.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että säännöllisellä ja tehostetulla asentohoidolla ehkäistään painehaavan syntyä. Asentohoitoa toteuttaessa sairaanhoitajat kokivat saavansa apua tarvittaessa. Potilaan asentohoitoa ei lähdetty toteuttamaan yksin. Sairanhoitajat tiedostivat erittäin hyvin, että huonosti toteutetuilla asennonvaihto- ja siirtotekniikoilla voi aiheuttaa painehaavan. Painetta keventävät apuvälineet ja asentohoito kirjattiin potilaan hoitosuunnitelmaan hyvin. Sen sijaan yksilöllisiä hoito-ohjeita asennonvaihto- ja siirtotekniikasta kirjattiin potilaan hoitosuunnitelmaan vaihtelevasti. EPUAP (2009) opastaa kirjaamaan asentohoidon toteutuksen ja tuloksen arvioinnin.

Asentoa vaihtamalla vähennetään paineen kestoa ja voimakkuutta kehon riskialttiilta alueilta, sekä vapautetaan venyttynyt iho. Paineen poistaminen on painehaavan ennaltaehkäisyyn perusta. Asentohoidon tarpeen tulee olla potilaslähtöistä huomioiden potilaan kudosten sietokyky, liikuntakyky, perussairaudet ja ihon kunto – unohtamatta hoidon kokonaistavoitetta. Asentohoidolla edistetään potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä. Apuvälineiden käyttämisellä vähennetään ihoon kohdistuvaa kitkaa ja venytystä. (EPUAP 2009.) Aiemmat tutkimukset (Pellinen 1994; Hokkanen 2000) paljastavat asentohoidon olevan tärkein ja käytetyin painehaavan ennaltaehkäisymenetelmä.

Valtaosa sairaanhoitajista valitsi potilaalle tarkoituksenmukaiset painetta keventävät apuvälineet. Hokkanen (2000, 49) muistuttaa, että apuvälineitä tulee olla riittävästi saatavilla erityisesti niissä työyksiköissä, joissa painehaavoja esiintyy. Potilaan istuminen istuinpehmustetulla tuolilla yhtäjaksoisesti 2 - 4 tunnin ajan jakoi sairaanhoitajien mielipiteet kahtia. Sitä vastoin melkein kaikki sairaanhoitajat kääntäisivät potilasta 2 - 4 tunnin välein, vaikka tällä olisi vaihtuvapaineinen antidecubituspatja. Vaihtuvapaineisen eli aktiivisen erikoispatjan tarkoitus on vähentää hoitohenkilökunnan työtaakkaa potilaan asentohoidon osalta. Tämä on myös potilaalle inhimillisempää, koska erikoispatjan ansiosta potilasta ei tarvitse kääntää öisin. (Hietanen & Juutilainen 2012, 322 - 323.)

Sairanhoitajat kokivat potilaan itsenäiseen asennonvaihtoon kannustamisen ja liikkumisessa avustamisen ehkäisevän painehaavoja. Enemmistö tukisi potilaan vuoteessa 30 asteen kulmaan, joka mahdollistaa lantion kohdalla paineen jakautumisen laajalle alueelle (Hietanen & Juutilainen 2012, 319). Asentohoitoa toteutetaan suosien 30 asteen kylkiasentoa ja välttämällä 90 asteen kylkiasentoa tai puoli-istuvaa asentoa, jotka lisäävät painetta. Potilaan istuessa vuoteessa tulee rajoittaa sängynpäädyn kohoasentoa ja huomioida potilaan asento istuessa, jotta paine ja venytys kohdistuvat oikealla tavalla ristiluuhun ja häntäluuhun. Tuolissa istuesssa paine ja venytys kohdistuvat istuinkyhmyihin, jolloin pienelle pinta-alalle muodostuu voimakas paine aiheuttaen painehaavan nopeasti, ellei asentoa muuteta. (EPUAP 2009.)

Tuloksista käy julki, että sairaanhoitajat käyttivät painehaavan ennaltaehkäisemiseen laajalti eri apuvälineitä. Hietanen & Juutilainen (2012, 320) painottavat apuvälineiden käyttöä potilaan asennon vaihtamisessa niin, ettei ihovaurioita synny. Samalla vältetään hoitohenkilökunnan fyysistä raskautta ja tuetaan potilaan voimavaroja. Apuvälineitä tulee olla paitsi käytettävissä, niiden soveltuvuudesta painehaavan ennaltaehkäisyyn tulee olla tietoa (Hokkanen 2000, 49). Käytetyimmät apuvälineet Kainuun keskussairaalassa olivat sähkösäätöinen vuode,

siirto- ja/tai nostolakana, liukulakana ja asentohoitotyyny. Passiivista ja aktiivista erikoispatjaa sekä istuinalustaa ei laajalti mielletty painehaavan ennaltaehkäisyyn apuvälineiksi tai niitä ei tunnustettu käsitteinä. Potilasnostinta sairaanhoitajat eivät käyttäneet juuri koskaan. Painehaavan ennaltaehkäisemiseen käytettävien apuvälineiden hankinta voi tuntua kalliilta. Pidemmän päälle se osoittautuu edullisemmaksi vaihtoehdoksi kuin painehaavojen aiheuttamat kirurgiset hoitotoimenpiteet, unohtamatta potilaan inhimillistä kärsimystä. (Hokkanen 2000, 50.)

Melkein puolet sairaanhoitajista tiesi, että vaihtuvapaineiset patjat ovat dynaamisia erikoispatjoja. Siitä huolimatta aktiivisen erikoispatjan käyttäminen kaikille potilaille painehaavan ennaltaehkäisemiseksi jakoi sairaanhoitajien mielipiteet kolmeen osaan. Lähes puolet sairaanhoitajista käyttäisi passiivista erikoispatjaa korkean riskin potilaalle. Sairanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että painehaavapatjan käyttäminen auttaa ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä. Passiiviset (staattiset) erikoispatjat on tarkoitettu pienen tai kohtalaisen riskin potilaalle ja aktiiviset (dynaamiset) erikoispatjat puolestaan suuren tai erittäin suuren riskin potilaalle (Hietanen & Juutilainen 2012, 321 - 322).

Opinnäytetyön tuloksista selviää, että potilaan ohjaaminen on keskeisempää painehaavan ennaltaehkäisemisessä kuin omaisen. 88 %:a sairaanhoitajista piti Pellisen (1994, 51) tutkimuksessa tärkeänä potilaan ohjaamista painehaavan ennaltaehkäisemisessä ja hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Ohjauksessa sairaanhoitaja on asiantuntija, jonka tehtävänä on arvioida ohjauksen kohde ja tarve yhdessä potilaan kanssa, sillä potilas on oman elämänsä asiantuntija (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26). Painehaavan ennaltaehkäisemisessä käytettävää ohjausmateriaalia oli saatavilla osastoilla vähän. Hokkasen (2000, 50) tutkimuksessa ohjausmateriaalia oli saatavilla hoitohenkilökunnalle, mutta potilaalle ja hänen omaisilleen vain harvoin. On mahdollista, että hoitohenkilökunta kokee saatavilla olevan materiaalin opetusmateriaalina hoitotyön ammattilaisille, vaikka samaa materiaalia voi käyttää myös potilaan ja omaisen ohjaamiseen. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ja Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston julkaisut ovat juuri tätä varten. Opinnäytetyön tulokset kertovat, että Suomen haavanhoitoyhdistyksen julkaisut olivat sairaanhoitajille tunnetumpia kuin Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston. Suomen haavanhoitoyhdistyksen tavoitteena on vuorovaikutuksen edistäminen eri ammattiryhmien välillä, jotka ovat vastuussa haavojen ennaltaehkäisystä ja haavapotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Lisäksi yhdistys tekee yhteistyötä muiden eurooppalaisten ja kansainvälisten vastaavien yhdistysten kanssa. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry n.d.)

Yli puolet sairaanhoitajista koki tarpeelliseksi painehaavariskimittarin käyttöönoton työpaikallaan ja tarvitsevansa lisäkoulutusta sen käyttämisestä. Kolme neljäsosaa sairaanhoitajista toi julki kiinnostuksen oman ammattitaitonsa kehittämistä painehaavan ennaltaehkäisemisessä, silti vain murto-osa lukee näyttöön perustuvaa tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä. Pellisen (1994, 53) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat saaneensa peruskoulutuksesta hyvät valmiudet tunnistaa riskipotilas ajoissa (83 %, n=179) ja ennaltaehkäistä painehaavan kehittyminen (87 %, n=177). Iivanainen (2007, 96) vaatii tutkimukseensa perustuen, että sairaanhoitajien koulutukseen tulee sisältyä opetusta painehaavan etiologiasta, syntyyn vaikuttavista riskitekijöistä ja riskiluokitusmittarin käyttämisestä, jotta ymmärrys painehaavan syntymekanismista ja ennaltaehkäisyn tärkeydestä kirkastuu. Sairanhoitajat jakoivat tietoa keskenään painehaavan ennaltaehkäisemisestä, mutta opinnäytetyö ei anna vastausta mihin jaettava tieto perustuu.

## 7.2 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Sairanhoitajat tunnistavat painehaavalle riskialttiit potilaat, mutta vain murto-osa kirjaa potilaan painehaavariskin hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaa tarkistetaan ja hyödynnetään päivittäisessä hoitotyössä. Sairanhoitajat tietävät painehaavalle altistavia tekijöitä sekä ihoalueet, joilla painehaavoja esiintyy. He myös tutkivat ihon kuntoa säännöllisesti hoitotoimenpiteiden yhteydessä ja tunnistavat ensimmäisen asteen painehaavan ihon muusta punoituksesta. Jotta painehaavan varhainen tunnistaminen vahvistuu, tarvitaan koulutusta ja tietoa, joka lisää ymmärrystä painehaavan syntymekanismista ja riskitekijöistä.

Painehaavan riskiluokitusmittari koetaan hyvänä apuvälineenä ja sen käyttöönottoaminen katsotaan tarpeelliseksi. Sairanhoitajilla on kiinnostusta oman ammattitaidon kehittämiseen painehaavan ennaltaehkäisemiseksi ja lisäkoulutukseen riskiluokitusmittarin käyttämisestä. Riskiluokitusmittarin käyttöönottoaminen vahvistaa sairaanhoitajien päätöksenteko-osaamista, jolloin potilaan painehaavariskin varhaisen tunnistamisen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan olisi yksiselitteisempää. Sen käyttöönottoaminen vähentää omalta osaltaan myös hoitohenkilökunnan työtaakkaa ennaltaehkäisemällä painehaavan syntymistä sekä yhtenäistää toimintatapoja työyksiköissä. Luotettavalla tuloksella painehaavariskin arvioinnista hoitotyöntekijät voivat perustella oman työnsä vaativuutta ja kuormitusta.

Painehaavan varhaisella tunnistamisella ja ennaltaehkäisemisellä saavutetaan taloudellista hyötyä. Sairaanhoitajat tiesivät, että erikoispatjan käyttäminen auttaa ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä. Käsitteenä erilaiset erikoispatjat olivat kuitenkin tuntemattomia, eikä niiden käyttöä osattu kohdentaa aina oikein. Tietoisuutta erilaisten erikoispatjojen hyödyistä, käyttömahdollisuuksista ja ominaisuuksista tulee lisätä. Painehaavan ennaltaehkäisevänä hoitotyön toimintona erikoispatjan käyttämistä jokaiselle potilaalle tulee tukea ja perustella johdonmukaisesti.

Yhteisesti sovittuja hoitotyön toimintoja käytetään painehaavan ennaltaehkäisemiseksi Kainuun keskussairaalassa yleisesti, vaikka EPUAP:n linjaukset eivät olleet valtaosalle sairaanhoitajista tuttuja. Sairaanhoitajat kirjaavat potilaalla havaitsemansa ihon kunnon muutokset, ravinnonsaannin seurannan sekä painetta keventävät apuvälineet ja asentohoidon. Koulutusta tulee järjestää apuvälineiden tarkoituksenmukaisesta käytöstä ja turvallisten potilassiirtojen toteutuksesta, jotta potilassiirtojen aiheuttamia ihon hankauksesta ja venytyksestä johtuvia painehaavoja ei synny. Hoitotyöntekijän omaa ergonomiaa potilassiirroissa ei tule unohtaa. On tarpeen kartoittaa apuvälineiden määrää ja riittävyttä, sekä toisaalta yksiköiden välisen tarpeen vastaavuutta.

Potilaan ja omaisten ohjaaminen painehaavan ennaltaehkäisemisessä oli vaillinaista, eikä ohjausmateriaalia ollut saatavilla työyksiköissä. Ohjaamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota ja sen merkitystä tulee korostaa potilaan terveyden edistämisen näkökulmasta. Potilaan ja omaisen ohjaamisessa painehaavan ennaltaehkäisemiseksi tulee käyttää EPUAP:n laatimia painehaavan ennaltaehkäisyn linjoja. Ohjaaminen, kuten muutkin hoitotyön toiminnot, tulee kirjata potilaan hoitotyön toteutukseen.

Haavanhoitovastaava löytyy jokaisesta työyksiköstä. Painehaavan hoito sisältyy haavanhoidosta vastaavan vastuualueeseen. Jotta painehaavan ennaltaehkäiseminen kehittyä, haavanhoitovastaavan työtaakkaa voidaan jakaa uuden nimikkeen alle. Painehaavan hoidosta vastaava tekee yhteistyötä haavahoitajan kanssa, tuoden näkyväksi painehaavan ennaltaehkäisemisen linjoja työyksiköihin esimerkiksi Learning Cafe -työskentelymenetelmällä osastotunneilla. Samalla tiedonkulku työyksiköistä haavahoitajalle on luontevaa ja sujuvaa.

Potilasturvallisuuden parantamiseksi ja painehaavojen esiintyvyyden kartoittamiseksi tulee sairaalassa havaituista painehaavoista tehdä HaiPro -raportti. HaiProjen myötä painehaavan vastaiseen ennaltaehkäisytyöhön voidaan panostaa herkemmin. Sairaanhoitajilla on velvolli-

suus tuoda julki potilaan painejaava koko hoitohenkilökunnalle, jotta painejaavat diagnosoidaan asianmukaisesti ja hoitaminen on moniammatillista.

### 7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen toiminnan ydin tutkimuksessa on eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172). Etiikka on arvoja, ihanteita ja periaatteita. Etiikka ei tarjoa valmiita vastauksia. Etiikan perustehtävänä on ohjata ihmistä ymmärtämään hyvän ja pahan, oikean ja väärän vaikutus tekemiinsä valintoihin. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001, 4.) Pietarinen & Poutanen (2005, 10) toteavat tutkimuksen painopisteen siirtyneen etiikan käsitteisiin, joilla ei pyritä vastaamaan kysymykseen, millaista on moraalisesti hyvä toiminta. Moraalikäsitteitä: ”hyvä”, ”paha”, ”oikea”, ”väärä”, ”lupa”, ”oikeus”, ”velvollisuus”, ”tasa-arvo” ja ”oikeudenmukaisuus”, tutkitaan ja selvitetään analyyttisellä etiikalla (Pietarinen & Poutanen, 13). Kajaanin ammattikorkeakoulun tulee muiden ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen ohella huolehtia siitä, että peruskoulutuksessa opiskelijat perehdytetään hyvään tieteelliseen käytäntöön ja heille opetetaan tutkimusetiikkaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7).

Hyvän tieteellisen käytännön perustana ovat tutkijan tarkkuus, yleinen huolellisuus ja rehellisyys koko tutkimusprosessissa. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut ja tunnollinen hankkiessaan tietoa, jonka on oltava mahdollisimman uutta, ajantasaista ja luotettavaa. Tutkijalta vaaditaan myös avoimuutta, jolla hän tekee luotettavaksi tiedonhankinnan, tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen tulokset. (Hirsjärvi ym. 2010, 23 - 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.) Teoriaa muodostaessamme perehdyimme laajasti opinnäytetyömme aiheen lähdekirjallisuuteen. Halusimme opinnäytetyömme teorian rakentuvan sekä kotimaisten että ulkomaisten lähteiden pohjalta, joita luimme paljon ja tarkastelimme kriittisesti. Olemme pyrkineet välttämään sekundäärlähteiden käyttämistä ja tarkastaneet lähteen iästä riippumatta tiedon ajantasaisuuden. Olemme osoittaneet kunnioitusta muiden tutkijoiden teoksia kohtaan merkitsemällä lainaamamme tekstin lähdeviittaukset asiaankuuluvalla tavalla. Tiedonhankinnan opinnäytetyöhömmme toteutimme eettisesti luotettavista aineistotietokannoista, joita olivat Kajakki -aineistotietokanta, Theseus -julkaisuarkisto, Ebsco ja Medic sekä Google Scholar. Lisäksi hankimme tietoa Kajaanin kaupungin kirjastosta ja Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta. Hyödynsimme myös yhteis- ja kaukolainausta mahdollisuutta eri



yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kirjastoista. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) hyvän tieteellisen käytännön mukaan tiedonhankinnan on oltava eettisesti kestävää ja tieteellisen tutkimuksen kriteereiden mukaista.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimusluvut ovat asianmukaisesti hankittu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Teimme toimeksiantosopimuksen opinnäytetyön tilaajan kanssa. Toimeksiantosopimus sisälsi tietoa opinnäytetyön valmistumisesta, tulosten esittämisestä painehaavakoulutuksessa Kainuun keskussairaalassa 2.12.2013, kustannusarviosta, tavoitteista toimeksiantajan ja meidän kannalta. Tutkimuslupan (liite 3) haimme Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintoylihoitajalta. Tutkimuslupan hakemisen tueksi esitimme opinnäytetyösuunnitelman, saatekirjeen, kyselylomakkeen ja opinnäytetyön valmistumisaikataulun. Hyväksytyn opinnäytetyösuunnitelman jälkeen haetaan tutkimuslupaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 65).

Ihmistieteissä tutkittavan hyvinvointi on pystyttävä turvaamaan, koska sen tavoittelemisen on tärkeämpää kuin yhteiskunnan tai tieteen etu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173). Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ohjaa tutkijaa eettisten ongelmien pohdinnassa. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, kun hän on saanut kaiken tarvittavan tiedon tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym. 2010, 25.) Saatekirjeessä annoimme tutkittaville mahdollisuuden päättää kyselyyn osallistumisesta saamansa tiedon valossa. Aineiston keruun jälkeen käsitelimme ja hävitimme kyselylomakkeet luottamuksellisesti ja vastaajia arvostavasti. Tutkimuksen missään vaiheessa vastaajien fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen hyvinvointi ei ole vaarantunut. Tutkimustulokset raportoimme niitä vääristelemättä tai mitään pois jättämättä.

Opinnäytetyöprosessiamme ovat ohjanneet vahvat eettiset arvot ja periaatteet. Olemme pyrkineet oppimisprosessin aikana välttämään virheitä, mutta niiden syntymistä on ollut mahdollonta estää. Olemme olleet rehellisiä ja avoimia sekä itsellemme että lukijoille ja tuoneet opinnäytetyöprosessissa ilmenneet virheet julki. Kompastuskiveksi opinnäytetyössä koimme mittarin laatimisen haasteen ja jälkeensä ajateltuna siinä ilmenneet puutteet olisimme voineet välttää huolellisuudella.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin ja tulosten luotettavuutta mitataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Voidaan sanoa, että mittarin kyky mitata tutkittavaa asiaa on keskeinen osa luotettavuutta. Väärin valittu mittari vie pohjan koko tutkimukselta. Mittarin sisältövaliditeet-

ti muodostuu luotettavasta käsitteiden operationalisoinnista, mittarin kyvystä mitata tutkittavaa ilmiötä ja esitestaamisesta. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti puolestaan perustuu mitaamisesta riippumattomiin tekijöihin, joilla voi olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Lyhyesti sanottuna, kuinka yleistettävissä saadut tulokset ovat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152 - 156.)

Opinnäytetyöprosessin alussa määrittelimme kaksi selkeää tutkimusongelmaa, joilla kartoitimme sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavan varhaisessa tunnistamisessa ja ennaltaehkäisemisessä. Luotettavaksi katsomiemme lähteiden pohjalta rakensimme opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen. Tässä vaiheessa perehdyimme useisiin pro gradu -tutkielmiin ja opinnäytetöihin painehaavaan liittyen. Emme kokeneet tarpeelliseksi muodostaa täysin omaa mittaria, koska Hämeen ammattikorkeakoulun Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyössä -opinnäytetyö kattoi opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen ja vastasi tutkimuskysymyksiimme. He olivat luoneet mittarin painehaavojen ennaltaehkäisyä käsittelevän teorian sekä Bradenin ja Nortonin riskiluokitusmittareiden pohjalta. (Ahola ym. 2010, 15 - 16.) Muokkasimme heidän tekemäänsä mittaria tarpeisiimme sopivaksi, jolloin mittarista tuli riittävän kattava.

Päädyimme keräämään aineiston paperisella kyselylomakkeella, joka on survey -tutkimuksen keskeisin menetelmä. Uskoimme tällä keinoin saavuttavamme hyvän vastausprosentin ja mahdollavamme sairaanhoitajien kynnystä vastata kyselyyn, koska kyselylomake oli vastaajille konkreettisesti tarjolla. Esitetasimme mittarin kolmella sairaanhoitajalla Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikalla, joilta saamamme palautteen pohjalta teimme muutoksia mittariin. Toinen esitestaus suoritettiin kahdella sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajalla Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Mittarin esitestaamisen tarkoituksena on testata sen luotettavuutta ja toimivuutta varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154). Esitestaamisista huolimatta mittarissa esiintyi puutteita, joita eivät esitestaajat emmekä me huomanneet ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Avointen kysymysten puuttuminen mittarista johti tulosten pinnallisuuteen ja vaikeutti suljettujen kysymysten syvällistä pohdintaa.

Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajat muodostivat tutkimuksen perusjoukon, josta suoritimme otannan. Otannassa eri erikoissalat olivat laajalti edustettuina. Valitsimme tarkoituksenmukaisesti työyksiköt, jotka osallistuivat kyselyyn, jotta saimme kooltaan riittävän aineiston. Kysely toteutettiin toukokuun kahden viimeisen viikon aikana vuonna 2013. Pyrimme

herättämään sairaanhoitajien mielenkiintoa taukokuoneessa sijainneilla esteettisesti houkuttelevilla palautuslaatikoilla, joiden väreiksi valitsimme punaisen ja harmaan teeman. Ilmoitimme osastonhoitajille hyvissä ajoin kyselystä sähköpostitse ja panostimme työyksiköiden tiedottamiseen sekä kyselyn alkaessa että ollessa käynnissä. Kysely toteutettiin täysin aikataulun mukaisesti.

Kyselyn vastausprosentiksi saatiin 59 %:a, joka voi todellisuudessa olla hieman suurempi perustuen epätarkkaan arvioon sairaanhoitajien määrästä. Tulokset eivät ole sattumanvaraisia, sillä otoskokoa voidaan pitää riittävänä. Kato jäi suhteellisen pieneksi. Kyselyyn vastaamatta jättäminen voi kertoa sairaanhoitajien kiireestä, väsymyksestä, stressistä tai piittaamattomuudesta aiheita kohtaan. Tulokset ovat ulkoisesti valideja, koska vastausprosentin perusteella pystymme yleistämään tulokset koskemaan Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajia.

Valitsimme aineiston käsittelyyn sopiviksi katsomiamme analysointimenetelmiä, kuten Heikkilä (2008, 30) kehottaa. Pääasiassa useutta mitannutta mittaria oli järkevintä analysoida käyttämällä prosentteja ja frekvenssejä kuvaamaan tuloksia. Käytimme myös keskiarvoa, mediaania ja moodia täydentäessämme tuloksia. Pystyimme lisäksi ristiintaulukoinnilla lisäämään opinnäytetyömme luotettavuutta. Olemme raportoineet opinnäytetyön tulokset rehellisesti ja luotettavasti, huomioiden samalla kyselyyn vastaajien anonymiteetin.

#### 7.4 Yleinen pohdinta ja ammatillinen kasvu

Yhteinen kiinnostus haavanhoitoa kohtaan johdatti meidät aiheeseen. Opinnäytetyön tekeminen vahvisti osaamistamme ja kehittymistämme kohti hoitotyön asiantuntijuutta painehaavan varhaisessa tunnistamisessa ja ennaltaehkäisemisessä. Meiltä tulevana sisätautien hoitotyön sairaanhoitajina edellytetään terveyden edistämistä ja ylläpitämistä sekä sairauden ennaltaehkäisemistä ja hoitamista. Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen hoitotyössä oli keskeisessä roolissa opinnäytetyössämme. Sairaanhoitajien kompetenssit ovat ohjanneet opiskeluamme ja opinnäytetyön tekemistä. Terveyden edistämisen osaaminen painehaavan ennaltaehkäisemisessä oli suuressa osassa opinnäytetyössämme.

Ammattikorkeakoulun määrittelemistä yhteisistä työelämävalmiuksista työyhteisöosaaminen vahvistui opinnäytetyöprosessin aikana. Saimme tehdä yhteistyötä useiden eri ammattialojen edustajien kanssa, joka tuki kasvuamme moniammatilliseen vuorovaikutukseen. Verkostoi-

tumisen avulla tiedon etsiminen ja viimeisimmän, ajantasaisen tutkimustiedon hankkiminen mahdollistui. Itseohjautuvuuden merkitys opinnäytetyöprosessissa on korostunut, sillä linkkien luominen eri yhteistyötahojen kanssa vaati oma-aloitteisuutta ja rohkeutta vahvistaen päätöksenteko-osaamista. Opinnäytetyön ympärille muodostui luottamuksellinen oppimisverkosto sekä meidän, ammattikorkeakoulun että työelämän edustajan välille. Prosessin alkumetreistä saakka meihin valettiin uskoa, sillä opinnäytetyön punaisen langan löytäminen tuotti hankaluuksia.

Yhteisten kompetenssien mukaisesti osaamisemme syventyi oppimisen taitojen kautta. Opinnäytetyöprosessi oli paitsi antoisa myös haasteellinen ja vaativa. Itsekriittisyytemme vuoksi prosessi oli työläs. Opimme paljon tieteellisen tutkimuksen tekemisestä ja samalla ymmärsimme, että virheiltä ei voi välttyä, niistä pitää oppia. Näin jälkempäin katsottuna joidakin asioita olisimme voineet tehdä toisella tavalla. Olemme saaneet hyvät valmiudet tarkastella tutkimuksia kriittisesti ja arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Osaamme myös hankkia ja hyödyntää tutkittua tietoa. Opinnäytetyötä voidaan pitää opintojen kruununa, koska siitä välittyy kaikki opiskelun aikana oppimamme. Sisäistimme prosessin aikana, että sairaanhoitajalla on elinikäinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen.

Opinnäytetyöprosessi antoi meille valmiuksia viedä työelämään tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä, samalla vahvistaen omia opetus- ja ohjausosaamisen sekä klinisen osaamisen taitojamme. Ammattikorkeakoulu voi hyödyntää opinnäytetyötämme opetusta toteuttaessaan. Toivomme, että kehitysehdotuksista muodostuu työelämään jotain konkreettista, jolla voidaan parantaa painehaavan varhaista tunnistamista ja ennaltaehkäisemistä. Omalta osaltamme vaikutamme Kainuun keskussairaalan hoitohenkilökunnan painehaavaosaamisen kehittämiseen luennoimalla opinnäytetyömme pohjalta painehaavakoulutuksessa.

## LÄHTEET

- Ahola, S., Jaakola, R. & Lehtonen, P. 2010. Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyössä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ahtiala, M. 2011. Jackson/Cubbin-painehaavariskin arviointimittarin käyttö TYKS:in aikuisten teho-osastolla. Tehohoito 29 (2), 144 - 146.
- Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, M. & Johansson, I. 2010. Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: preceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2252 - 8.
- Baranoski, S. 2001. Skin Tears. *Nursing Management*, 32(8):25 - 32.
- Dyer, L. 2000. Pressure ulcers - prevention is the key. *Australian Nursing Journal*, 30.
- EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) & National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). 2009. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- EPUAP. n.d. Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 4.3.2013.
- <http://shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ravitsemussuositukset.pdf>
- ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE -julkaisuja I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Luettu 23.9.2013.
- [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf).
- Gallant, C., Morin, D., St-Germain, D. & Dallaire, D. 2009. Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *International Journal of Nursing Practise* 2010, 16, 183 - 187.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, T. 1999. Painehaavaumapotilaat Itä-Suomen läänin hoitolaitoksissa; Yleisyys, hoito- ja ehkäisymenetelmät sekä riskipotilaiden tunnistusluokitusten käyttö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Juutilainen, V. & Seppänen, S. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hietanen, H. 2009. Tutkimustietoa painehaavoista – mitä uutta 2000 -luvulta? *Haava*, 3, 23.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hokkanen, H. 2000. Painehaavat, ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisyn kehittämistarpeet. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hyvämäki, P. 2008. Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Iivanainen, A. 2007. Painehaavojen riskitekijät ja esiintyvyys lonkkamurtumapotilailla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaattitutkimus.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Jääntti, M. 2006. Ikäihmisen ravitsemus ja krooniset haavat. *Haava*, 1, 24 - 27.
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2013. Viitattu 27.2.2013.  
<http://maakunta.kainuu.fi/index.asp>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kärki, S., Lehto, M. & Lekkala, J. 2006. Paineartoitus painehaavojen ehkäisyn apuna. *Duodecim*, 122:671 - 6.
- Laaksonen, H., Niskanen, J & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Landis, E. M. 1929 - 1931. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart*, 15:209 - 28.
- Lowthian, P. T. 2005. Trauma and thrombosis in the pathogenesis of pressure ulcers. *Clinics in Dermatology*, 23:116 - 23.
- Moore, Z., Price, P. 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 942 - 951.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. *Duodecim*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. 2006:24. Viitattu 28.2.2013.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Painehaavahelpperi. 2011. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyysluokitus I-IV. Viitattu 9.11.2013.

[http://www.shhy.fi/kuvat/Painehaavahelpperi\\_A5\\_pysty.pdf](http://www.shhy.fi/kuvat/Painehaavahelpperi_A5_pysty.pdf)

Pellinen, A. 1994. Painehaavaumien esiintyvyys sekä terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ja tiedot niiden ehkäisystä ja hoidosta. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Peltonen, H., Lepistö, M. & Viheraari, J.K. 2010. Painehaavapatjainvestoinnin kustannus-hyödyt terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomen Lääkärilehti 45/2010 vsk 65, 3705 - 3710.

Pietarinen, J. & Poutanen, S. 2005. Etiikan teorioita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Soppi, E. 2009. Uusi, helppokäyttöinen painehaavariskin arviointimenetelmä – Shape Risk Scale. Haava 3, 12 - 14.

Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim, 126:261 - 8.

Soppi, E. 2012. Painehaavojen esto tehohoidossa. Tehohoito 30 (2), 139 - 140.

Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J. & Mason, S. 2007. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. Journal of Advanced Nursing 57 (5), 494 - 504.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. n.d. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 10.11.2013. <http://shhy.fi/>

Theaker, C. 2003. Pressure sore prevention in the critically ill: what you don't know, what you should know and why it's important. Intensive and Critical Care Nursing, 19, 163 - 8.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 10.11.2013. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 5.3.2013.

[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito\\_nettti\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_nettti_2.painos.pdf)

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

## JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Soppi, E. & Ahtiala, M. n.d. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Luentolyhennelmä.

Soppi, E. 2012. Painehaavojen merkitys terveydenhuollossa. Alueellinen haavakoulutus. Hämeenlinna. 28.9.2012.

Soppi, E., Iivanainen, A. & Korhonen, P. 2013. Painehaavariskiін vaikuttavia tekijöitä. XVI Valtakunnalliset haavapäivät. Suomen Haavanhoitoyhdistys Ry. Luentolyhennelmät.



## SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja,

olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammattikorkeakoulusta, hoitotyön koulutusohjelmasta. Tämän kyselyn toteuttaminen Kainuun keskussairaalassa on osa opinnäytetyötämme, jonka tekeminen kuuluu koulutukseemme. Opinnäytetyötämme ohjaa Kajaanin ammattikorkeakoulun opettaja Virpi Neuvonen. Työelämän yhteyshenkilömme on haavahoitaja Arja Korhonen.

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa käytössänne olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalalle painehaavaosaamisestanne, jota se voi hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaisesta tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Lisäksi tavoitteenamme on tuottaa kehittämis ehdotuksia hoitotyön toiminnoista painehaavariskin varhaisen tunnistamisen apuvälineeksi painehaavan ennaltaehkäisyyn.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaamalla voit vaikuttaa hoitotyön kehittämiseen Kainuun keskussairaalassa. Painehaavat aiheuttavat Suomessa vuosittain 300 - 400 miljoonan euron suuriset kustannukset terveydenhuollossa. Vastaamalla osallistut hoitotyön kehittämiseen, jonka myötä painehaavan syntyminen voidaan ennaltaehkäistä ja saavuttaa kustannussäästöjä Kainuun keskussairaalassa.

Kysely palautetaan nimettömänä ja se käsitellään luottamuksellisesti. Kyselystä saatujen vastausten perusteella ei tutkimuksen missään vaiheessa käy ilmi vastaajan henkilöllisyys. Pyydämme Sinua palauttamaan kyselyn taukokuoneeseen sijaitsevaan palautuslaatikkoon 31.5.2013 mennessä. On ensiarvoisen tärkeää, että luet kysymykset huolellisesti ja vastaat jokaiseen kysymykseen. Jos Sinulla ilmenee kysyttävää tai tarvitset lisää kyselylomakkeita, tavoitat meidät seuraavista puhelinnumeroista.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Jutta Pakkanen      Laura Tossavainen

**Tarjoamme torstaina 6.6.2013 kahdelle eniten vastauksia tuottaneelle osastolle kahvileivät kiitoksena kyselyyn osallistumisesta.**

# PAINHAHAVAN VARHAINEN TUNNISTAMINEN JA ENNALTAEHKÄISEMINEN

## TAUSTATIEDOT

Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.

1. Työpaikkasi on

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Sisätautien vuodeosasto      | 1 |
| Kirurgian vuodeosasto        | 2 |
| Teho-osasto                  | 3 |
| Nopean diagnostiikan yksikkö | 4 |

2. Montako vuotta sinulla on työkokemusta hoitotyöstä?

- |               |   |
|---------------|---|
| Alle 5 vuotta | 1 |
| 5 - 10 vuotta | 2 |
| Yli 10 vuotta | 3 |

3. Oletko osallistunut haavanhoitokoulutuksiin? Kyllä 1 Ei 2

**Siirry kysymykseen 7., jos vastasit kysymykseen 3. vastausvaihtoehdon (2.) Ei.**

4. Oletko osallistunut haavanhoitokoulutuksiin viimeisen kahden (2) vuoden aikana?

Kyllä 1 Ei 2

5. Ovatko haavanhoitokoulutukset olleet

- **Voit valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon.**

- |                |   |
|----------------|---|
| Alueellisia    | 1 |
| Kansallisia    | 2 |
| Kansainvälisiä | 3 |

6. Haavanhoitokoulutus kesti

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Vuorokauden       | 1 |
| 2 - 5 vuorokautta | 2 |
| Yli 5 vuorokautta | 3 |

7. Onko osastollasi nimetty haavanhoitovastaavaa?

Kyllä 1 Ei 2

8. Onko osastollasi nimetty painehaavan hoidosta vastaavaa?

Kyllä 1 Ei 2

**PAINEHAAVARISKIN TUNNISTAMINEN**

Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.

**1 (Ei koskaan), 2 (Silloin tällöin), 3 (Joskus), 4 (Usein), 5 (Aina)**

9. Kartoitan painehaavariskin heti potilaan tullessa osastolle.	1	2	3	4	5
10. Tunnistan potilaan, jolla on suurentunut riski saada painehaava.	1	2	3	4	5
11. Tutkin painehaavalle alttiit alueet.	1	2	3	4	5
12. Tiedän mitkä alueet ovat alttiita painehaavalle.	1	2	3	4	5
13. Tarkkailen potilaan ihon kuntoa säännöllisesti.	1	2	3	4	5
14. Erotan 1.asteen painehaavan ihon muusta punoituksesta.	1	2	3	4	5
15. Arvioin painehaavariskin uudelleen potilaan voinnin muuttuessa.	1	2	3	4	5
16. Saavutan taloudellista hyötyä tunnistamalla riskipotilaan ajoissa.	1	2	3	4	5

**PAINEHAAVARISKIMITTARI**

Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.

17. Riskinarviointimittari auttaa potilaan painehaavariskin arvioinnissa.	Kyllä	1	Ei	2
18. Olen käyttänyt potilaan painehaavariskin arvioinnissa painehaavariskimittaria.	Kyllä	1	Ei	2

**Siirry kysymykseen 22., jos vastasit kysymykseen 18. vastausvaihtoehdon (2.) Ei.**

19. Olen käyttänyt jotakin seuraavista painehaavariskimittareista				
- <b>Voit valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon.</b>				
Bradenin riskiluokitus			1	
Jackson-Cubbin riskiluokitus			2	
Nortonin riskiluokitus			3	
Shape Risk Scale riskiluokitus			4	
20. Tunnen käyttämäni painehaavariskimittarin osa-alueet.	Kyllä	1	Ei	2
21. Painehaavariskimittari on helppokäyttöinen apuväline painehaavan ennaltaehkäisemisessä.	Kyllä	1	Ei	2

**PAINEHAAVALLE ALTISTAVIEN TEKIJÖIDEN TUNNISTAMINEN**

22. Kuinka paljon seuraavat asiat lisäävät mielestäsi potilaan riskiä saada painehaava

**Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.**

**1 (Ei lainkaan), 2 (Vähän), 3 (Melko paljon), 4 (Erittäin paljon), 5 (En osaa sanoa)**

Liikkumattomuus	1	2	3	4	5
Liikuntarajoittuneisuus	1	2	3	4	5
Vuodepotilaana oleminen	1	2	3	4	5
Sängynpäädyn kohoasento	1	2	3	4	5
Pitkään istuminen	1	2	3	4	5
Tunto puutokset	1	2	3	4	5
Alentunut tajunnan taso	1	2	3	4	5
Huono yleiskunto	1	2	3	4	5
Sydän- ja verisuonisairaudet	1	2	3	4	5
Diabetes	1	2	3	4	5
Ylipaino	1	2	3	4	5
Alipaino	1	2	3	4	5
Vajaaravitsemus	1	2	3	4	5
Masennus	1	2	3	4	5
Korkea ikä	1	2	3	4	5
Tupakointi	1	2	3	4	5
Anemia	1	2	3	4	5
Elimistön alhainen proteiinitaso	1	2	3	4	5
Ihon kosteus	1	2	3	4	5
Ihon venytyminen	1	2	3	4	5
Virtsainkontinenssi	1	2	3	4	5
Ulosteinkontinenssi	1	2	3	4	5
Aiempi painehaava	1	2	3	4	5

**HOITOTYÖN TOIMINNOT PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMISESSÄ**

Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.

**1 (Ei koskaan), 2 (Silloin tällöin), 3 (Joskus), 4 (Usein), 5 (Aina)**

23. Kirjaan potilaan painehaavariskin hoitosuunnitelmaan.	1	2	3	4
24. Tarkistan potilaan hoitosuunnitelman säännöllisesti.	1	2	3	4
25. Hyödynnän potilaan hoitosuunnitelmaa päivittäisessä hoitotyössä.	1	2	3	4
26. Tarkistan potilaan ihon kunnon hoito-toimenpiteiden yhteydessä.	1	2	3	4
27. Kirjaan potilaalla havaitsemani ihon kunnon muutokset.	1	2	3	4
28. Suojaan painehaavoille riskialttiit ihokohdat.	1	2	3	4
29. Huolehdin potilaan ravitsemuksesta (tuki- ja lisäravinteet).	1	2	3	4
30. Konsultoin tarvittaessa ravitsemusterapeuttia.	1	2	3	4
31. Kirjaan potilaan ravinnonsaannin seurannan.	1	2	3	4
32. Huomioin potilaan inkontinenssin tehostetusti.	1	2	3	4
33. Teen hoitotoimenpiteet kiireettömästi.	1	2	3	4
34. Kannustan potilasta omatoimisuuteen.	1	2	3	4
35. Toteutan potilaan asennonvaihtoa työparin kanssa.	1	2	3	4
36. Käytän yhteisesti sovittuja hoitotyön toimintoja painehaavan ennaltaehkäisemisessä.	1	2	3	4

**ASENTOHOITO JA APUVÄLINEET PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMISESSÄ**

Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.

**1 (Eri mieltä), 2 (Jokseenkin eri mieltä), 3 (Melkein samaa mieltä), 4 (Samaa mieltä)**

37. Säännöllisellä ja tehostetulla asentohoidolla ehkäistään painehaavan syntyä.	1	2	3	4
38. Potilaan asentohoitoa toteuttaessa saan tarvittaessa apua.	1	2	3	4
39. Potilaan asentohoitoa toteutetaan mieluummin yksin.	1	2	3	4
40. Huonosti toteutetuilla asennonvaihto- ja siirtotekniikoilla voi aiheuttaa painehaavan.	1	2	3	4
41. Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan painetta keventävät apuvälineet ja asentohoito.	1	2	3	4

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 42. Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan yksilölliset hoito-ohjeet asennonvaihto- ja siirtotekniikasta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Potilaalle valitaan tarkoituksen mukaiset painetta keventävät apuvälineet.                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Potilas voi istua tuolissa yhtäjaksoisesti 2 - 4 tuntia, jos hänellä on istuinpehmuste.              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Potilasta käännetään 2 - 4 tunnin välein, vaikka hänellä on vaihtuvapaineinen antidecubituspatja.    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Itsenäiseen asennonvaihtoon kannustaminen ehkäisee painehaavoja.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Liikkumisessa avustaminen ehkäisee painehaavoja.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Potilas tuetaan vuoteessa kylkiasennossa 30 asteen kulmaan.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
49. Kuinka usein käytät seuraavia apuvälineitä painehaavan ennaltaehkäisemisessä?

**Valitse ympyröimällä vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.**

**1 (Ei koskaan), 2 (Silloin tällöin), 3 (Joskus), 4 (Usein), 5 (Aina)**

Siirto- ja/tai nostolakana	1	2	3	4	5
Liukulakana	1	2	3	4	5
Asentohoitotyyny	1	2	3	4	5
Hydraulinen siirtolaite	1	2	3	4	5
Siirtovyö ja/tai -levy	1	2	3	4	5
Sähköstätöinen vuode	1	2	3	4	5
Passiivinen erikoispatja	1	2	3	4	5
Aktiivinen erikoispatja	1	2	3	4	5
Istuinalusta esim. vaahtogeelialusta	1	2	3	4	5

## **PAINEHAAVA- JA ERIKOISPATJAT PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMISESSÄ**

**Valitse ympyröimällä vastausvaihtoehdoista yksi sopivin. EOS = en osaa sanoa**

- |  |       |   |    |   |     |   |
|--|-------|---|----|---|-----|---|
| 50. Käytän korkeanriskin potilaalle passiivista erikoispatjaa.                     | Kyllä | 1 | Ei | 2 | EOS | 3 |
| 51. Aktiivista erikoispatjaa voin käyttää kaikille potilaille.                     | Kyllä | 1 | Ei | 2 | EOS | 3 |
| 52. Vaihtuvapaineiset patjat ovat dynaamisia erikoispatjoja.                       | Kyllä | 1 | Ei | 2 | EOS | 3 |
| 53. Painehaavapatjan käyttäminen auttaa ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä. | Kyllä | 1 | Ei | 2 | EOS | 3 |

**OHJAUS JA KOULUTUS PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMISESSÄ****Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.****1 (Ei koskaan), 2 (Silloin tällöin), 3 (Joskus), 4 (Usein), 5 (Aina)**

54. Ohjaan potilasta painehaavan ennaltaehkäisemisessä.	1	2	3	4	5
55. Ohjaan potilaan omaisia painehaavan ennaltaehkäisemisessä.	1	2	3	4	5
56. Osastolla on saatavilla ohjausmateriaalia painehaavan ennaltaehkäisemisestä.	1	2	3	4	5
57. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta painehaavariskimittarin käytöstä.	1	2	3	4	5
58. Työpaikallani on tarpeen painehaavariskimittarin käyttöönottoaminen.	1	2	3	4	5
59. Olen kiinnostunut kehittämään ammattitaitoani painehaavan ennaltaehkäisemisessä.	1	2	3	4	5
60. Työpaikallani hoitohenkilökunta jakaa tietoa keskenään painehaavan ennaltaehkäisemisestä.	1	2	3	4	5
61. Luen näyttöön perustavaa tietoa painehaavan ennaltaehkäisemisestä.	1	2	3	4	5

**Valitse ympyröimällä seuraavista vastausvaihtoehdoista yksi sopivin.**

62. Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP) ja sen laatimat painehaavan ennaltaehkäisylinjat ovat minulle tuttuja.	Kyllä	1	Ei	2
63. Suomen Haavahoitoyhdistyksen julkaisut ovat minulle tuttuja.	Kyllä	1	Ei	2

**Kiitos osoittamastasi mielenkiinnosta ja tuesta sekä vastaamisesta kyselyyn!**



Kainuun maakunta -kuntayhtymä  
Sosiaali- ja terveystoimi

# HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/  
hoitotieteelliselle tutkimukselle

15.04.2013

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Jutta Pakkanen Laura Tossavainen		
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma/ sairaanhoitaja AMK	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Painehaavan varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäiseminen		
Mihin tulosalueen/ vastualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy Operatiivinen ja konservatiivinen tulosalue (vuodeosastot 6-9), päivystyspalvelut (nopean diagnostikan yksikkö) ja sairaanhoidolliset palvelut (teho-osasto).		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajien painehaavaosaamisesta, jota se voi hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaisesta tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Lisäksi tavoitteena on tuottaa kehittämisehdotuksia hoitotyön toiminnasta painehaavariskin varhaisen tunnistamisen apuvälineeksi painehaavan ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Keräämme tutkimusaineiston Kainuun keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen 6 ja 7, sisätautien vuodeosastojen 8 ja 9 sekä nopean diagnostikan yksikön että teho-osaston sairaanhoitajilta strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineistonkeruu toteutetaan Kainuun keskussairaalaissa toukokuussa 2013 kahden viimeisen viikon aikana, ajalla 20. - 31.5.2013.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Valmis opinnäytetyö joulukuun 2013.		
Kustannuksista vastaa		(pvm ja nimi)
<input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> Tulosalue / vastualue / tulosyksikkö, josta sovittiin kanssa		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input checked="" type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä Alueellinen painehaavakoulutus		maaliskuu / 2013
Työryhmä		
Oppilaitos KAMK	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Matti Lehto</i>	Pi
Yksikkö / terveysasema	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Virpi Neuvonen</i>	Pu
	Osastinhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>AKO KORTTINEN</i>	Pi
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat) 25.4.2013 <i>Jutta Pakkanen Laura Tossavainen</i>		

## Päätös

<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätään kääntöpuolella)
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____
<input type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä <input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä <input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä



Kainuun maakunta -kuntayhtymä  
Sosiaali- ja terveystoimi

# HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/  
hoitotieteelliselle tutkimukselle

15.04.2013

Pvm ja allekirjoitus 16.5.13	<i>Helena Heikkilä, hall. yh</i> <i>Mari Hämäläinen -Törn</i>
Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulopäyksikön osastinhoitajalle ja hallintoylihoitaja Helena Heikkilälle (Sotkamontie 13 Rivitalo B 6, 87140 Kajaani)	

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta